

在宅医療・介護連携推進事業

令和6年度 高齢者施設での看取りについての
実態調査分析結果 最終報告

2025年2月26日

調査概要

背景・目的	- 死亡小票分析の結果、ほとんどの特別養護老人ホームと有料老人ホームで看取りが行われていることがわかったが、施設によって実績の差が大きいこともわかった。各施設の看取りに対する体制についてのアンケート調査や、施設へのヒアリングをすることによって、施設での看取りに関連する要因について調査を行う。 - 施設ごとの体制については、ケアマネジャーやあんしんすこやかセンター等に情報提供を行う。
対象	世田谷区内の特別養護老人ホーム、有料老人ホーム
調査内容	施設情報、看取り実績・体制等
調査方法	アンケート用紙を郵便にて送付し、FAX又はオンラインにて回答を受け付けた
有効回答	特別養護老人ホーム 59% (17/29施設) 有料老人ホーム 14% (14/100施設)

1. 特別養護老人ホームでの看取り 実態調査分析結果

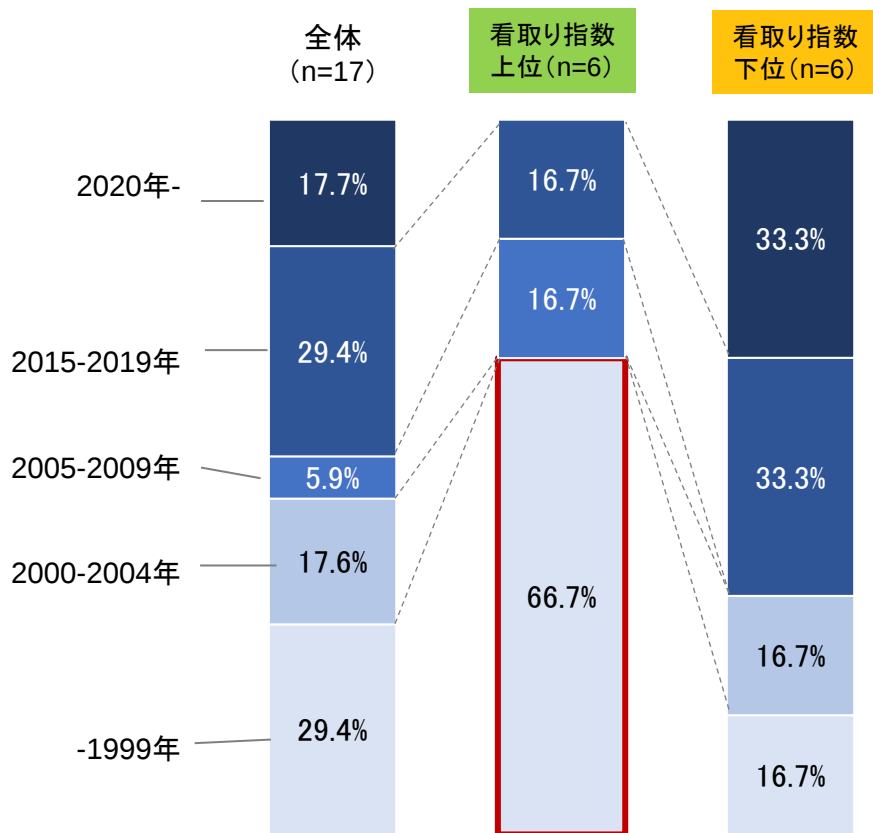
集計・分析方法

死亡小票調査の結果、すべての施設で看取りは行われているが、施設ごとに看取りの実績は大きく異なることがわかった。今回の調査では、令和4～5年の各施設の看取り実績を定員で除した「看取り指数」をもとに上位6施設（上位群：看取り指数20～31%）と下位6施設（下位群：看取り指数1～13%）を比較し、各施設の看取り実績に関係ある要素についても明らかにする。

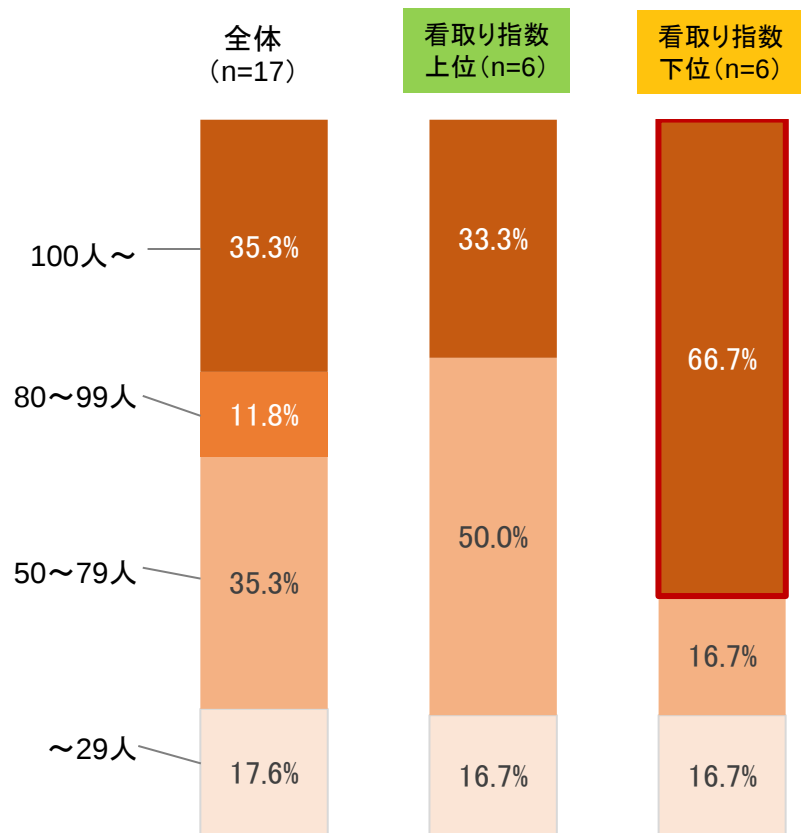
開設時期・定員数

- 開設時期は「2004年以前」と「2015年以降」に2極化している。看取り指数上位群は開設時期が早い傾向がある。
- 定員数は「～29人」から「100人～」と幅広い。看取り指数下位群は「100人～」の割合が高い。

開設時期



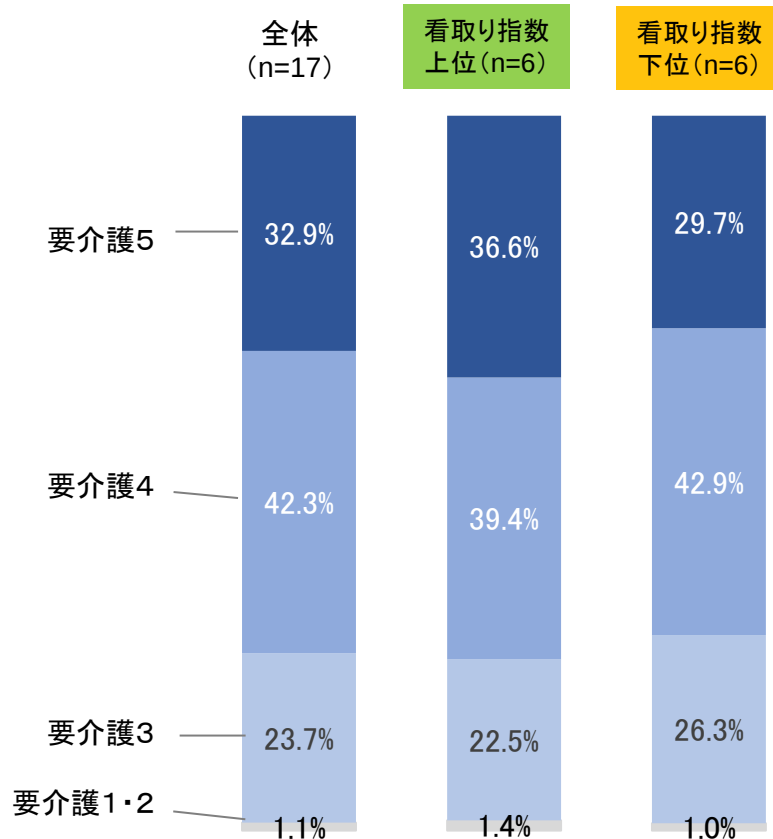
定員数



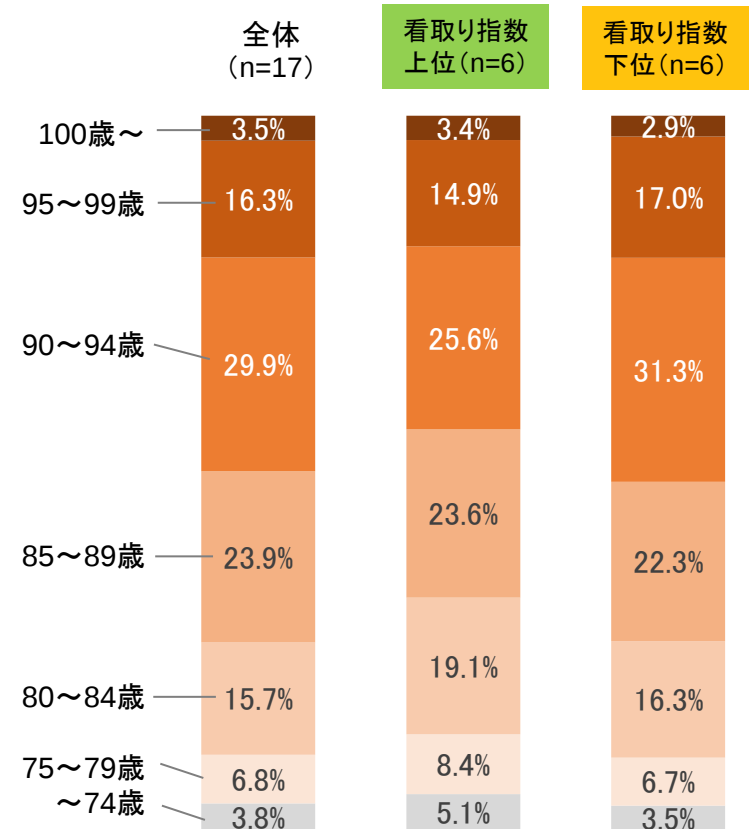
入居者について(要介護度、年齢階級)

- 要介護度4・5の入居者が70%以上を占めていて、看取り指数上位群・下位群ともに大きな差はない。
- 入居者の年齢は90歳以上が50%以上を占めていて、上位群・下位群ともに大きな差はない。

要介護度

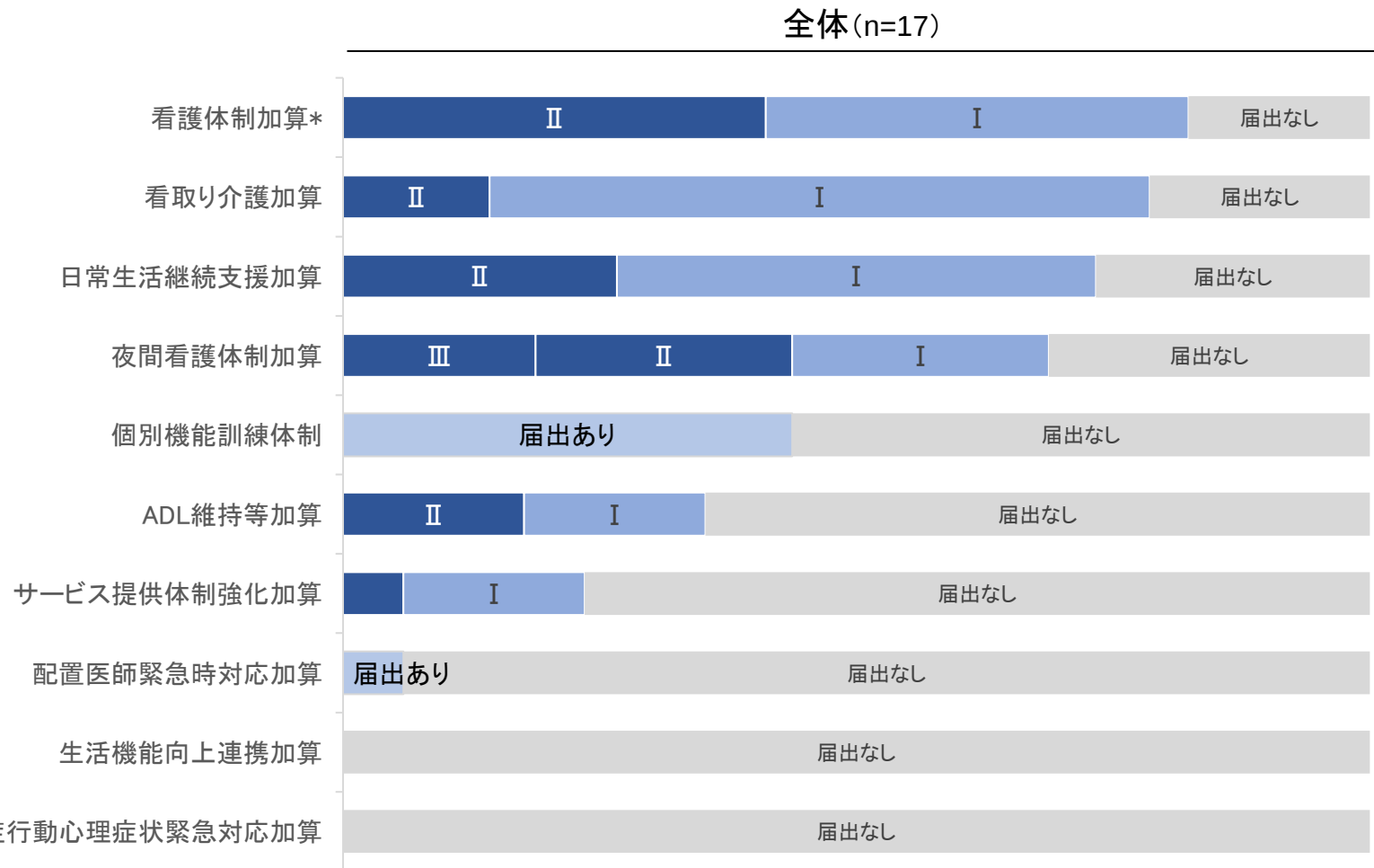


年齢階級



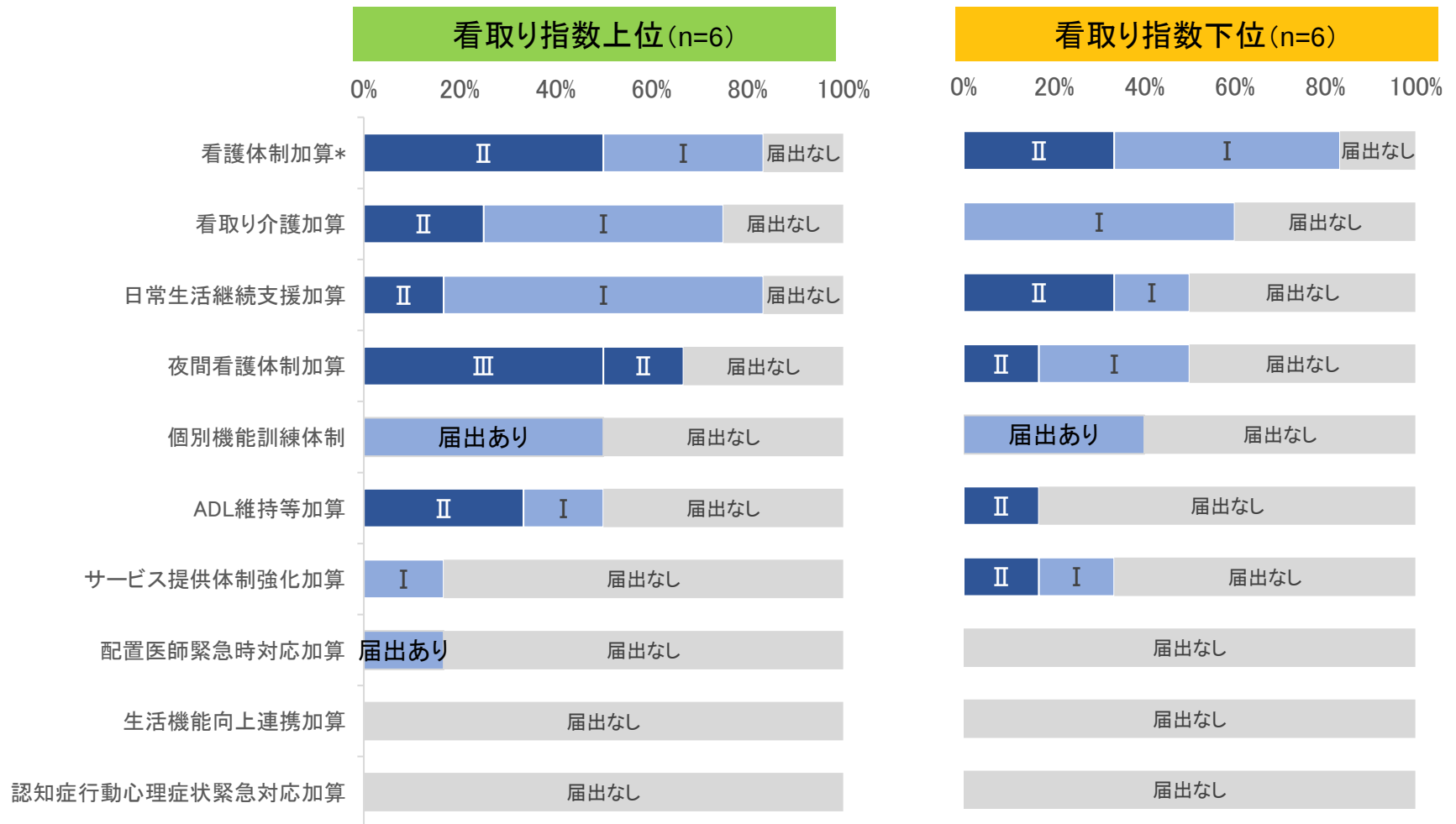
加算状況

- 加算状況については、「看護体制加算」「看取り介護加算」「日常生活継続支援加算」の順に多かった。
- 「配置医師緊急時対応加算」「生活機能向上連携加算」などはほとんど算定されていなかった。



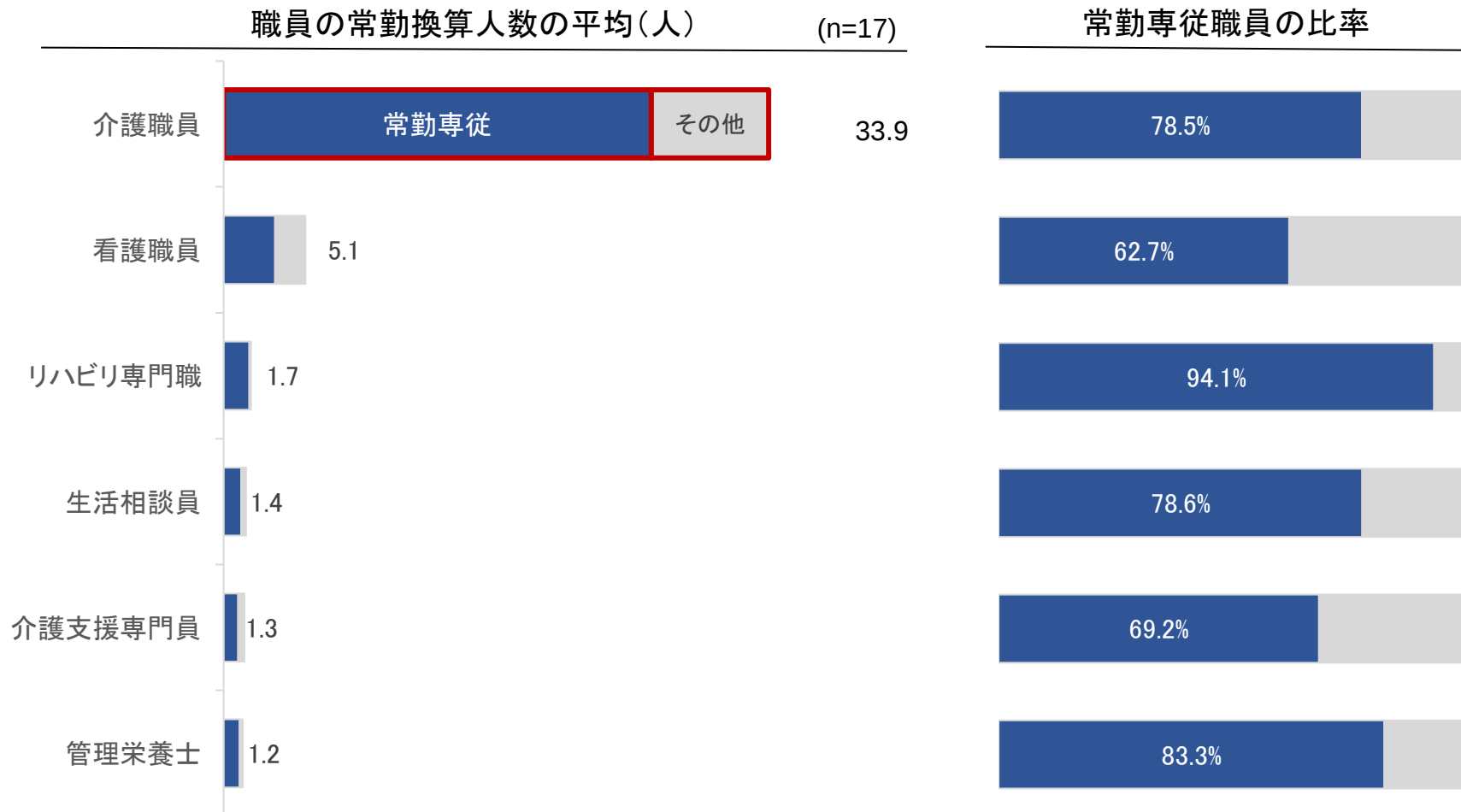
加算状況

- 「夜間看護体制加算」「看取り介護加算」などで看取り指数上位群の方が下位群に比べて多いが、加算状況全体的に顕著な差はなかった。



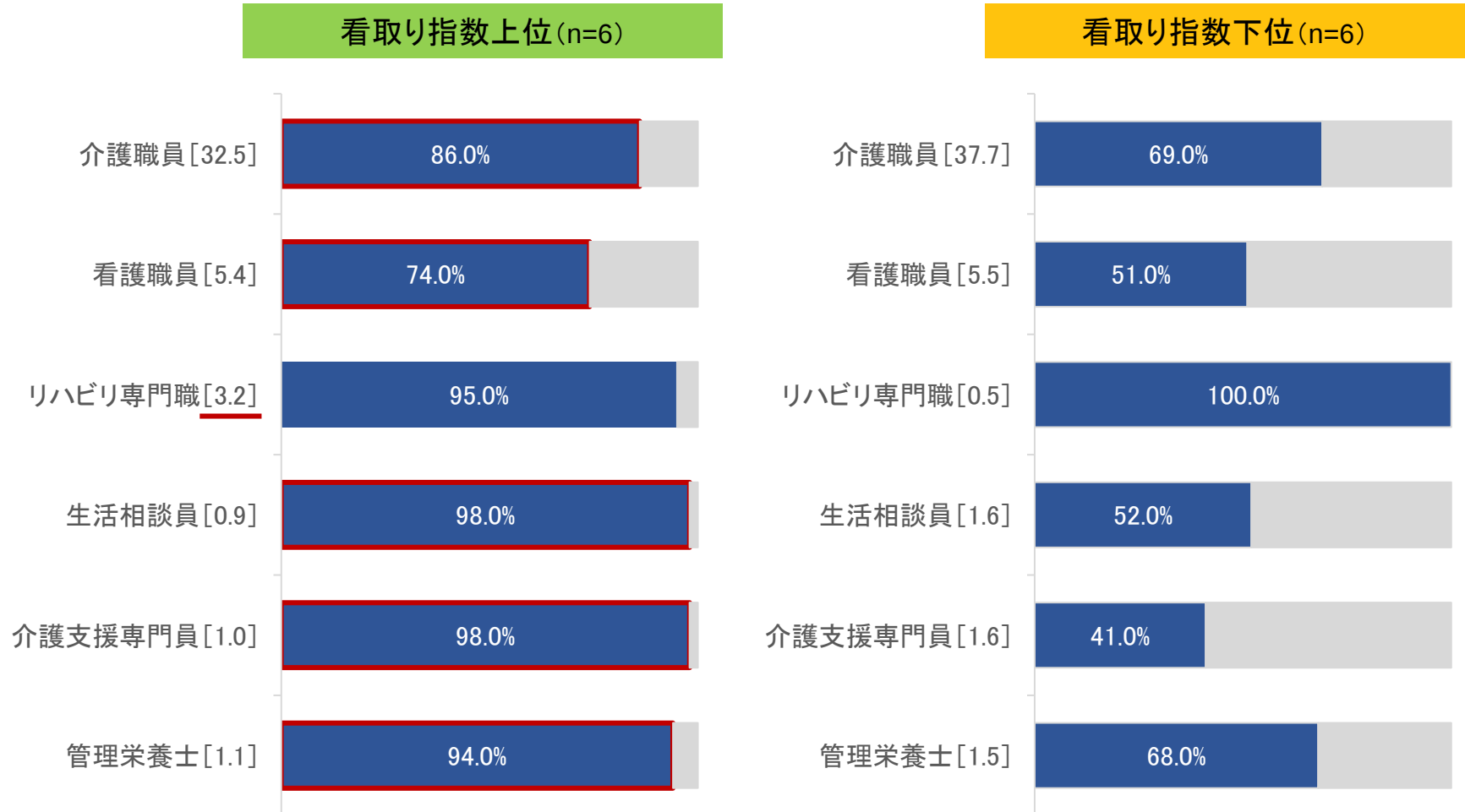
職員の常勤換算人数

- 職種別の職員の常勤換算人数は介護職員が最も多く33.9名。次いで看護職員、リハビリ専門職の順であった。
- また職員のうち常勤専従職員の比率が高く、職員は常勤専従職員で構成されていることがわかった。



職員の常勤専従職員の比率

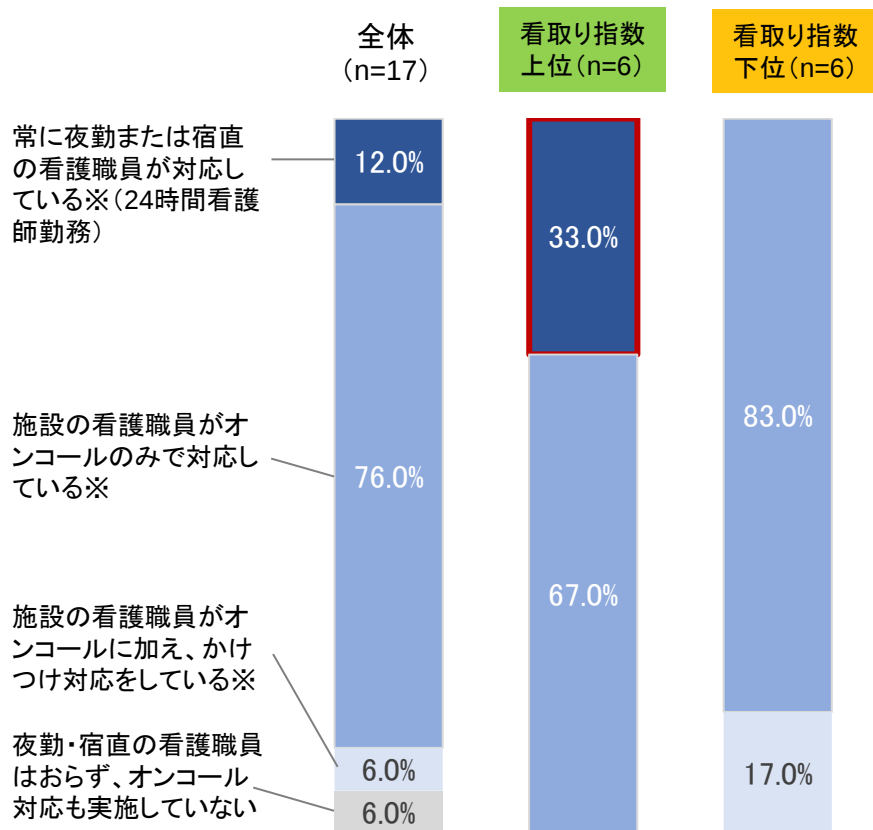
- 常勤専従職員の比率については看取り指数上位群が下位群より高い割合であり、看取り指数上位の施設は常勤専従職員の比率が高いことがわかった。リハビリ専門職は上位群のほうが人数が多いことがわかった。



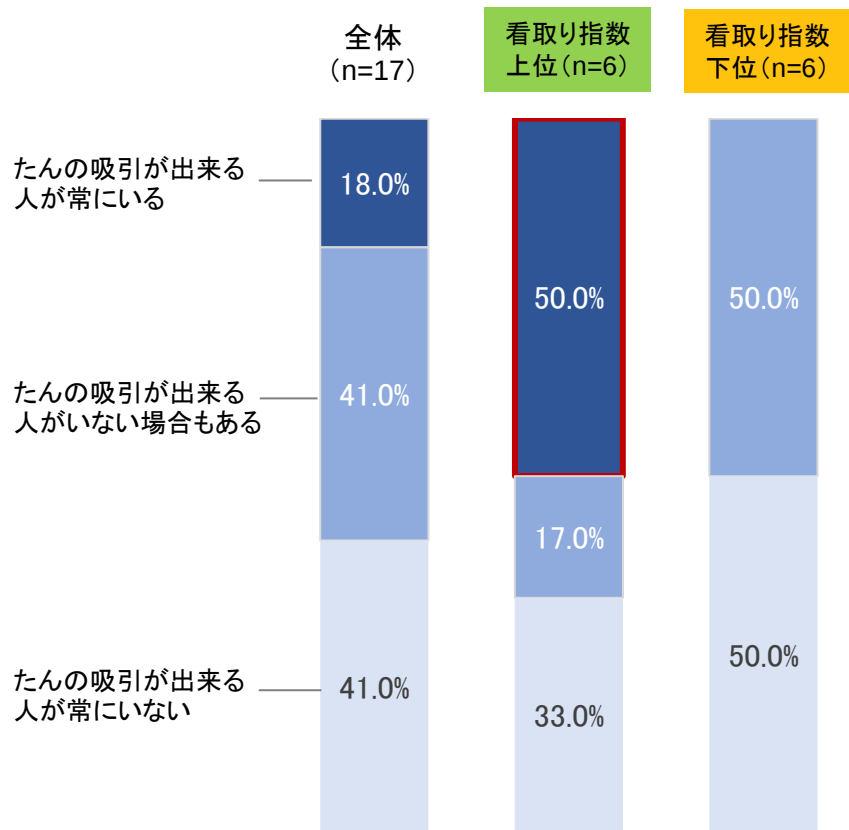
夜間の看護体制／喀痰吸引ができる体制

- 夜間の看護体制は多くの施設でオンコール対応だが、上位群の33%は24時間看護体制であった。
- 夜間の喀痰吸引体制について、上位群の50%が「常に夜間対応可能」であった。

夜間の看護体制（併設事業所との兼務含む）



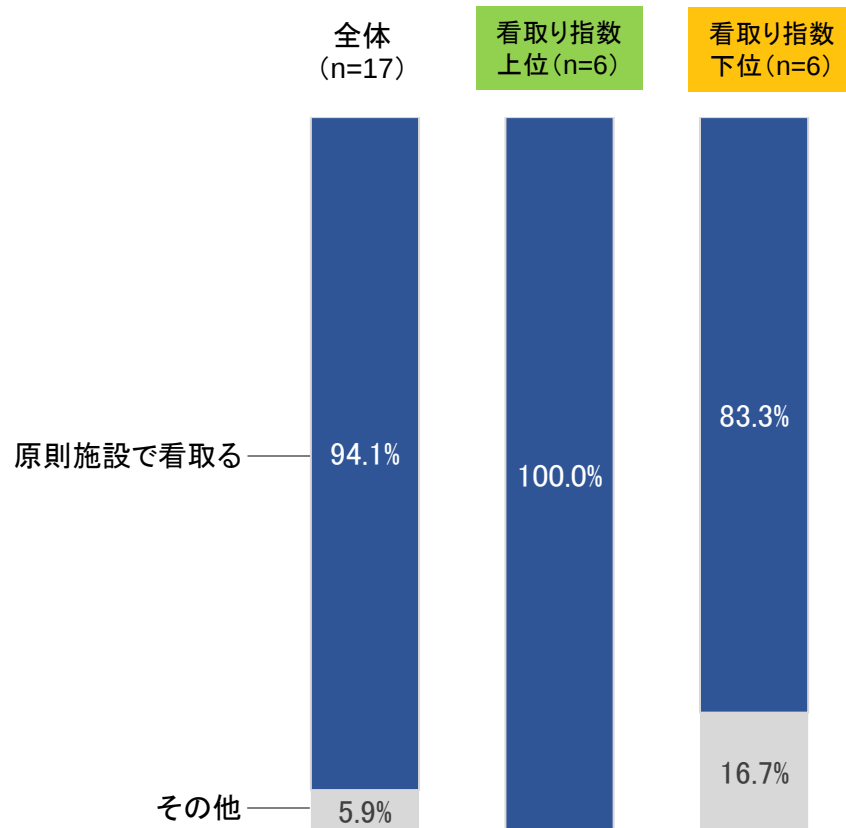
夜間の喀痰吸引ができる体制



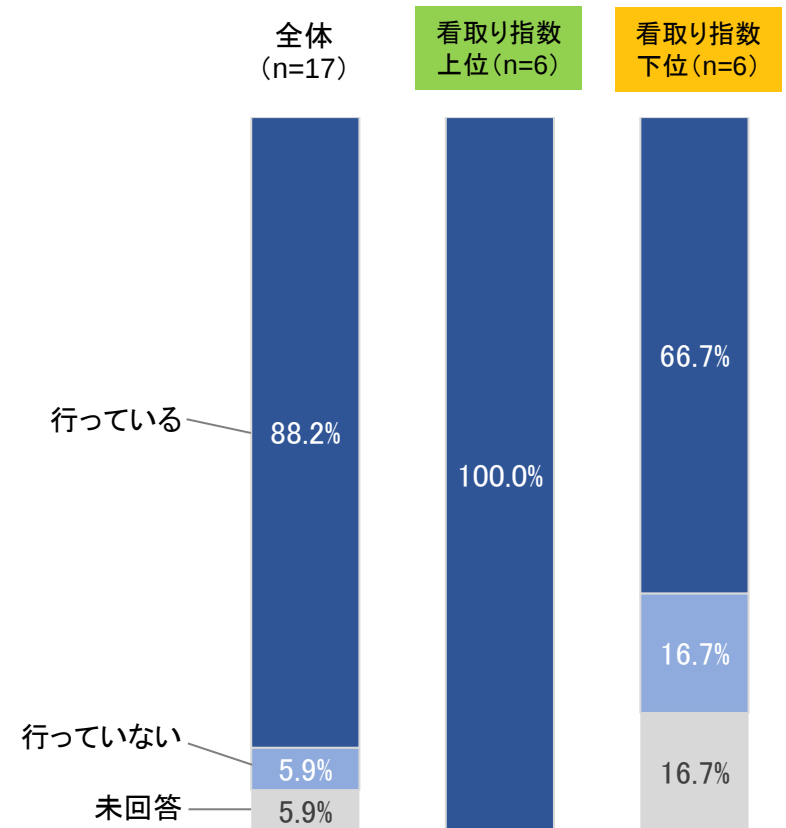
看取りの研修・マニュアル等準備の状況

- 本人・家族が看取り希望の場合、ほとんどの施設は「原則施設で看取る」方針であった。
- 看取りに関する研修・マニュアルの作成についても、一部の施設を除いてほとんどの施設で実施されていた。

本人・家族が看取りを希望された場合の方針



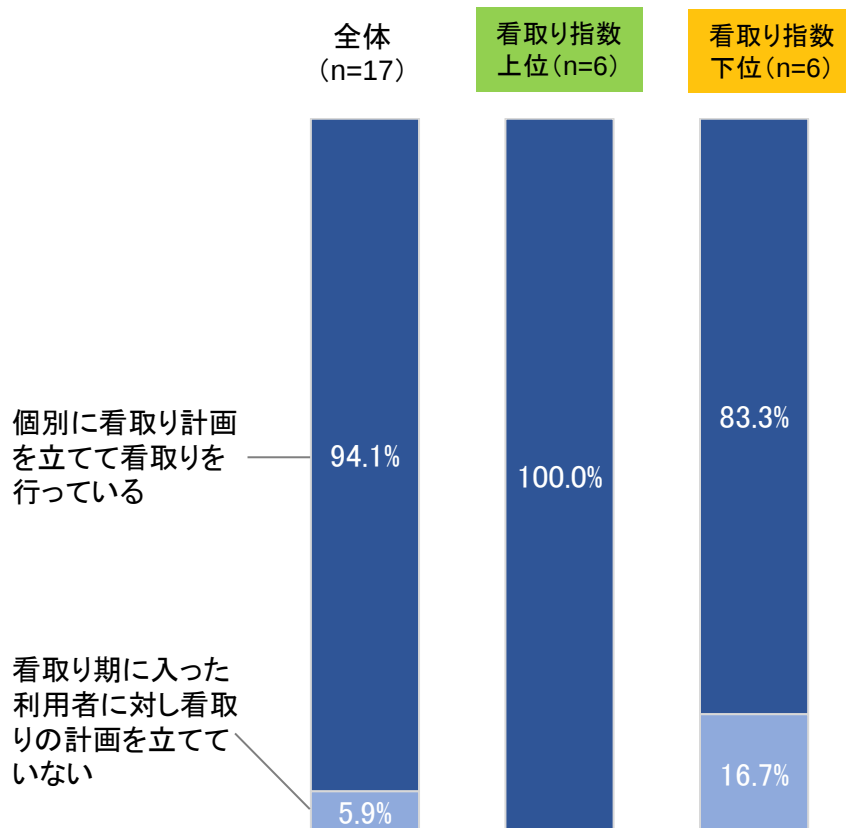
看取りに関する研修・マニュアル等の作成



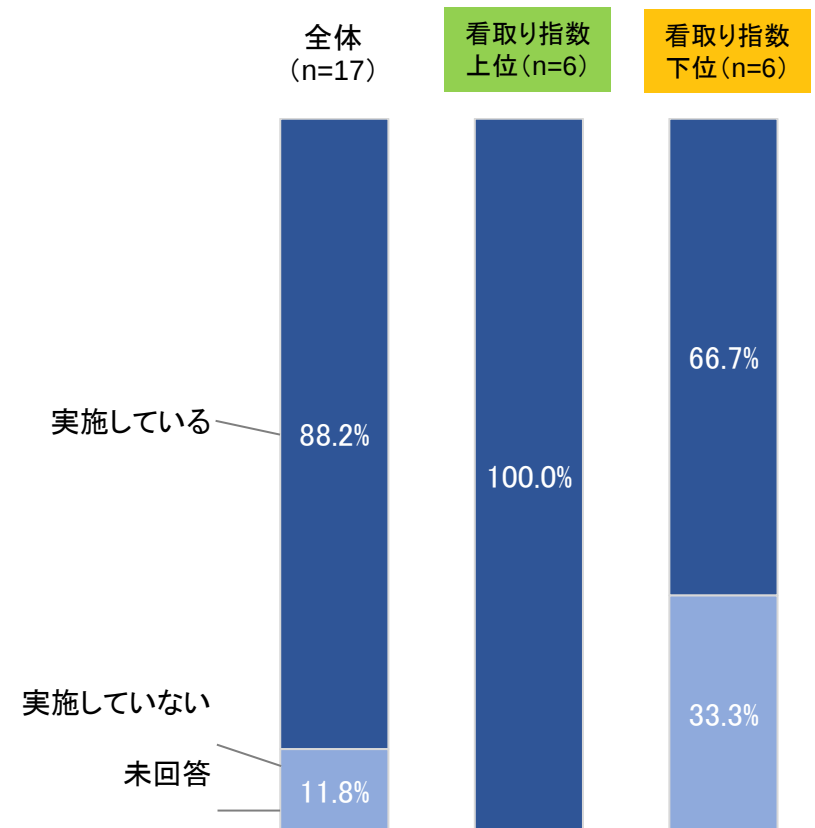
看取りの研修・マニュアル等準備の状況

- 一部の施設を除きほとんどの施設で「個別に看取り計画を立てて看取り」を行っていた。
- 一部の施設を除きほとんどの施設で「看取りに関する研修」を行っていた。

看取りに関する計画の策定状況



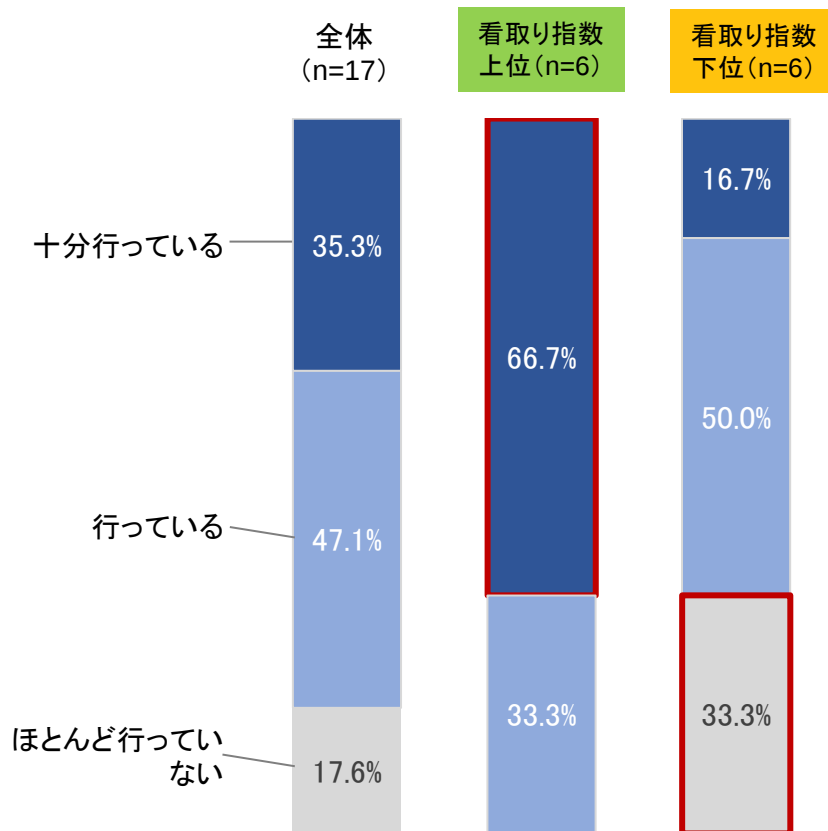
看取りに関する研修の実施



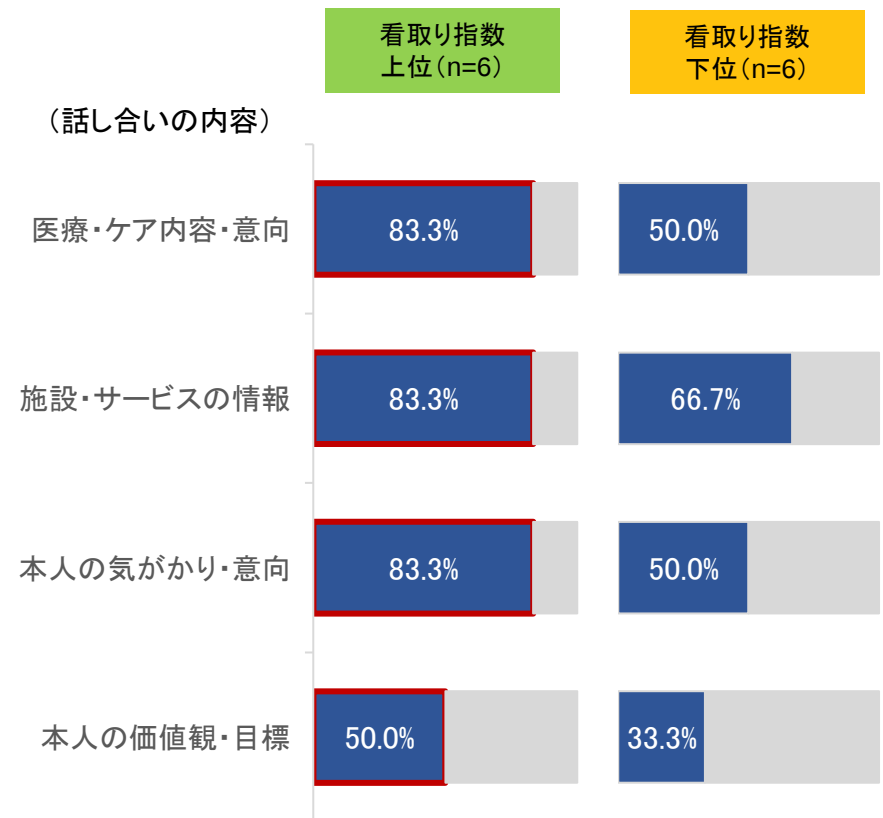
ACP(アドバンス・ケア・プランニング)実施の状況

- 本人との話し合いは、上位群の多くは「十分に行っている」のに対して下位群との実施状況に開きがあった。
- 話し合われている内容については、上位群の方が話し合いの内容が多岐に渡っていた。

本人と人生の最終段階の医療・ケアについて
十分に話し合っているか



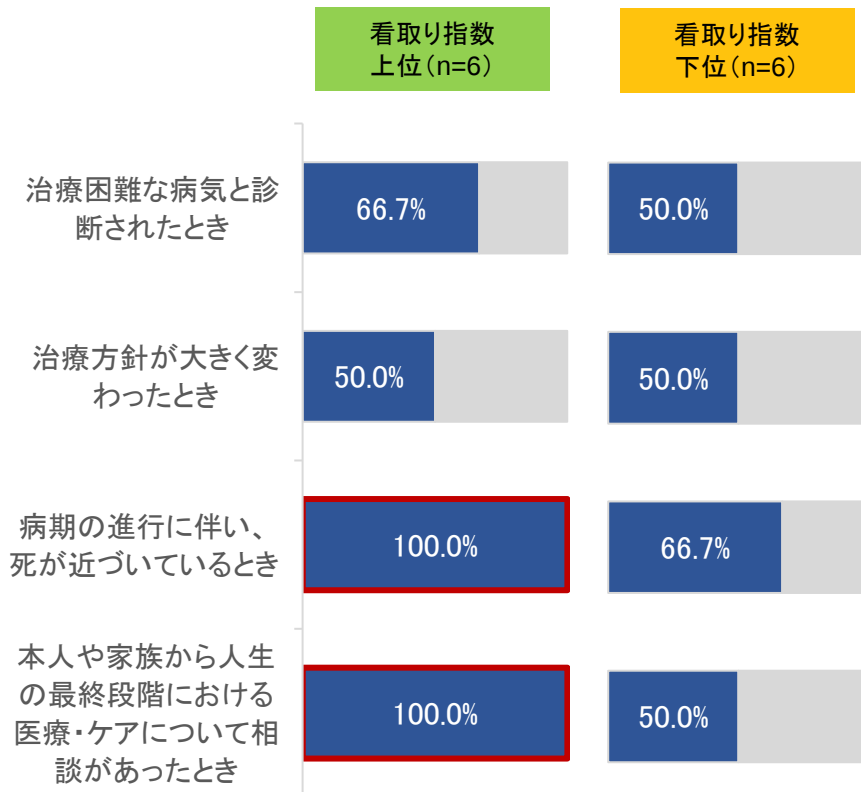
どのような内容を話し合っているか



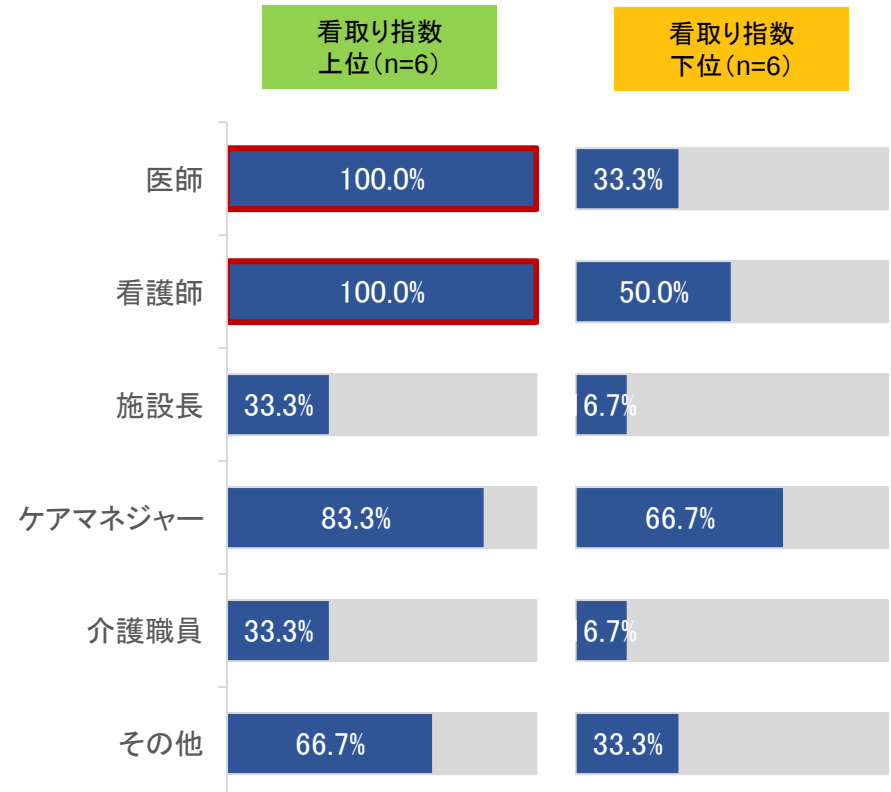
ACP(アドバンス・ケア・プランニング)実施の状況

- 「病期の進行時」「本人・家族から相談があったとき」について上位群は100%対応していた。
- 上位群は「医師・看護師」が100%話し合っているのに対して、下位群での関わりは一部であった。

話し合いをいつ行っているか



話し合いはだれが行っているか



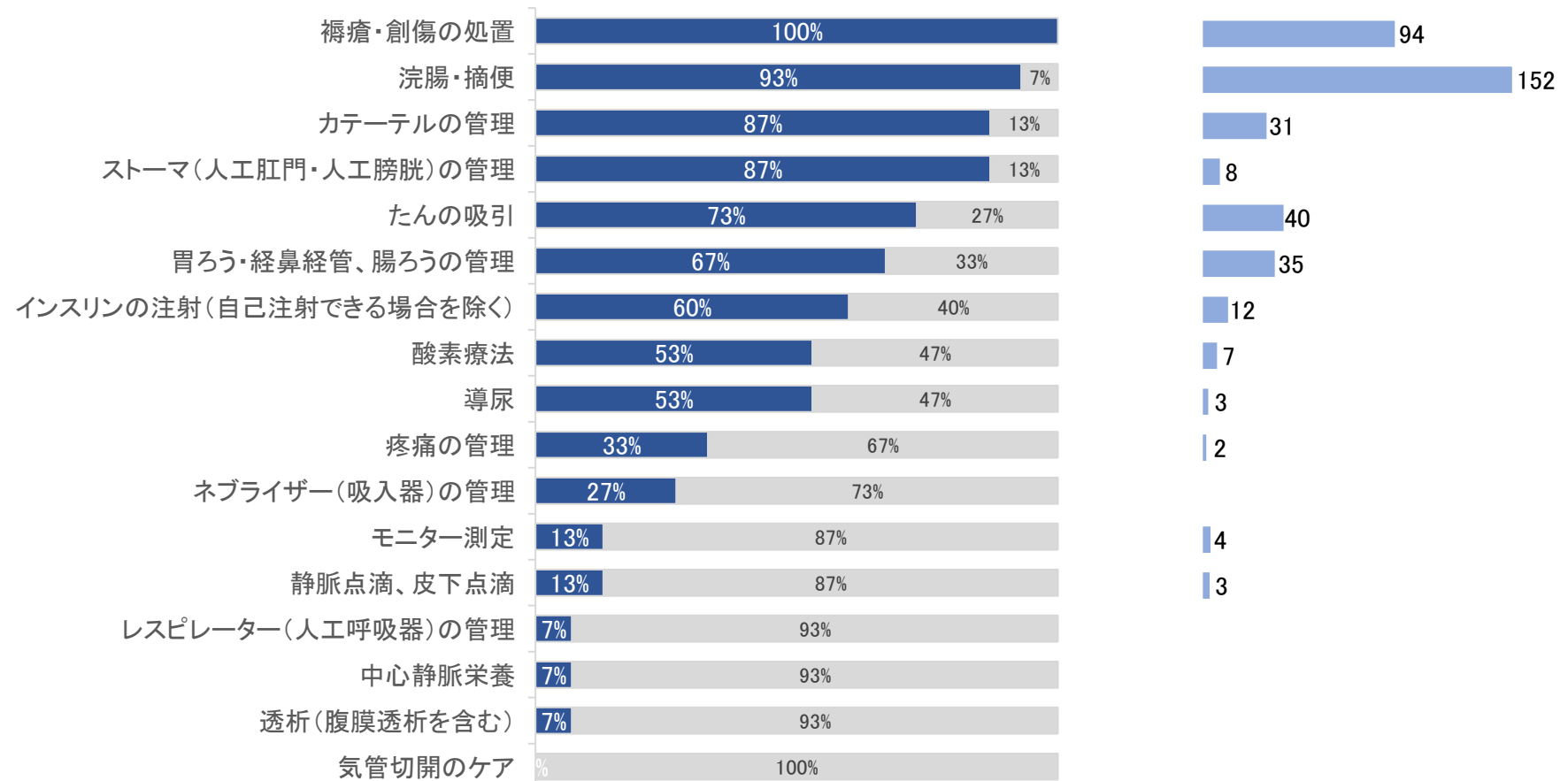
対応可能な医療処置

- 「褥瘡・創傷処置」「浣腸・摘便」「カテーテル管理」などはほとんどの施設で対応可能である。
- 「人工呼吸器」「中心静脈栄養」「気管切開管理」等はほとんどの施設で対応ができない。

対応可能な医療処置

(n=17)

実際 医療処置を必要とした入所者(人)

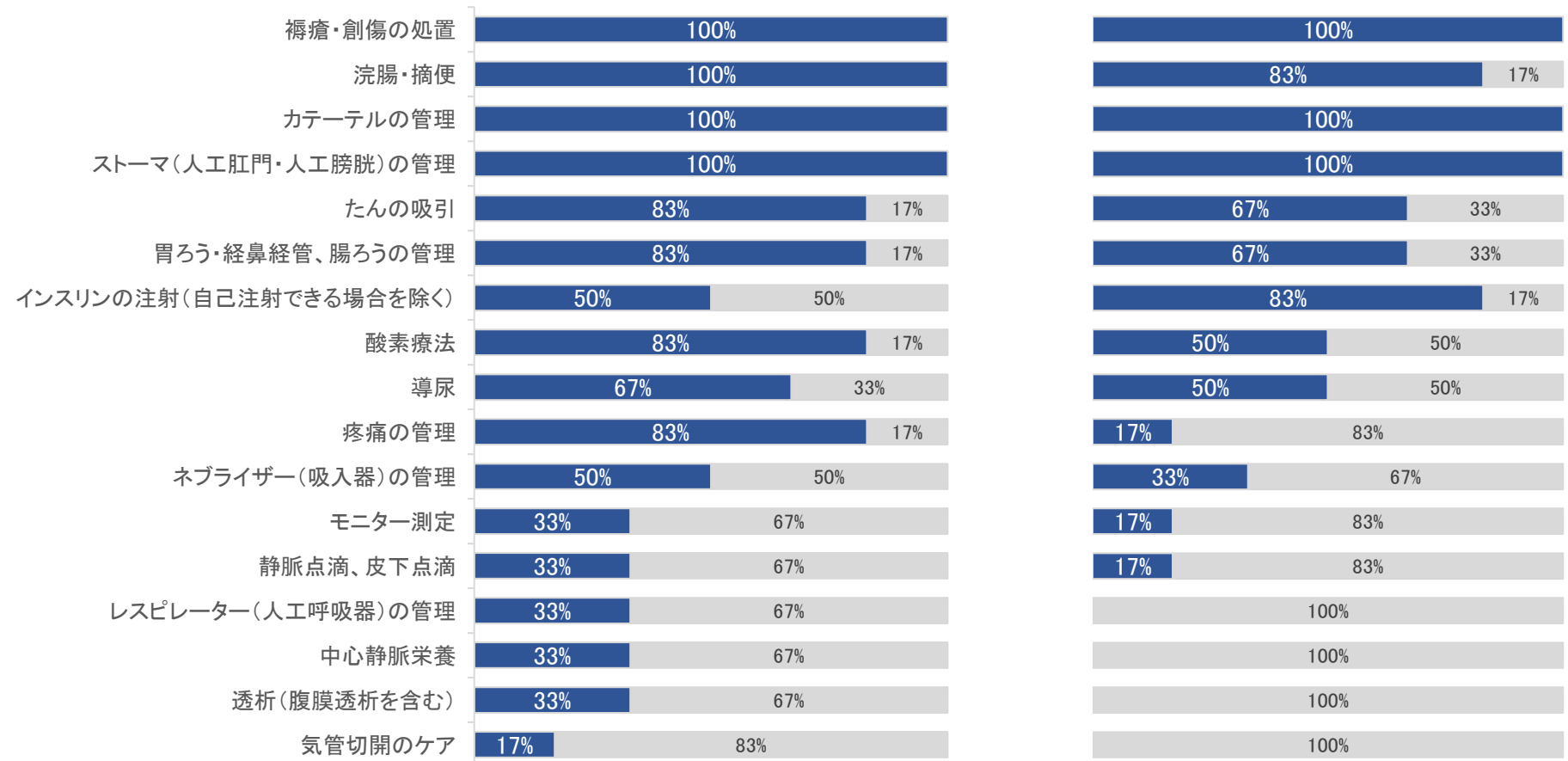


対応可能な医療処置

- 対応可能な医療処置は、上位群の方が対応可能なものが少し多いが、下位群と比べて大きな差はない。

看取り指数上位 (n=6)

看取り指数下位 (n=6)

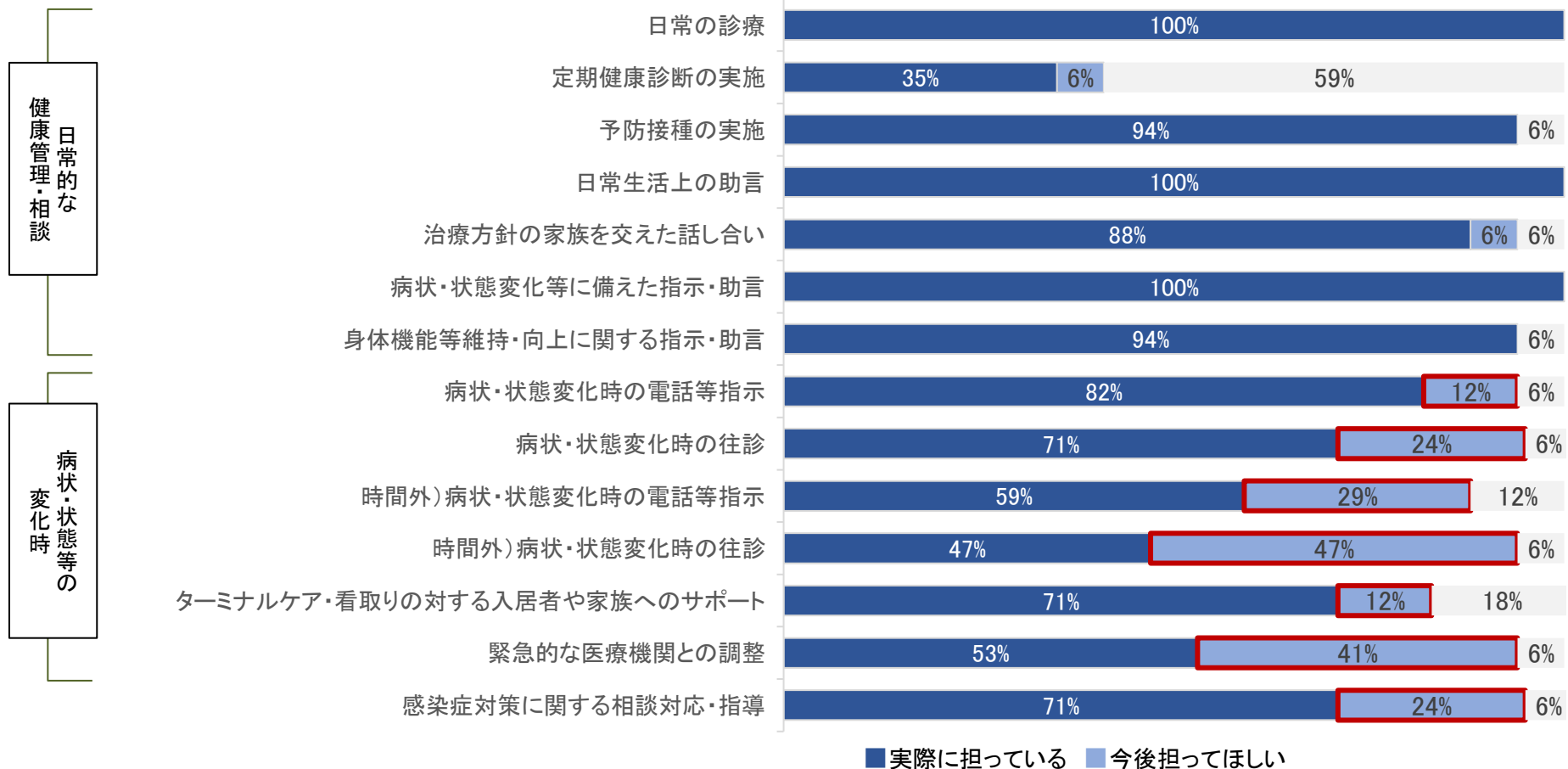


配置医師の現状の役割

- 配置医師の現状の役割については、「日常的な健康管理・相談」はほとんど対応できている。
- 「病状・状態等の変化時」「感染症」についての対応は限定的で、「今後担ってほしい」という意見が見られる。

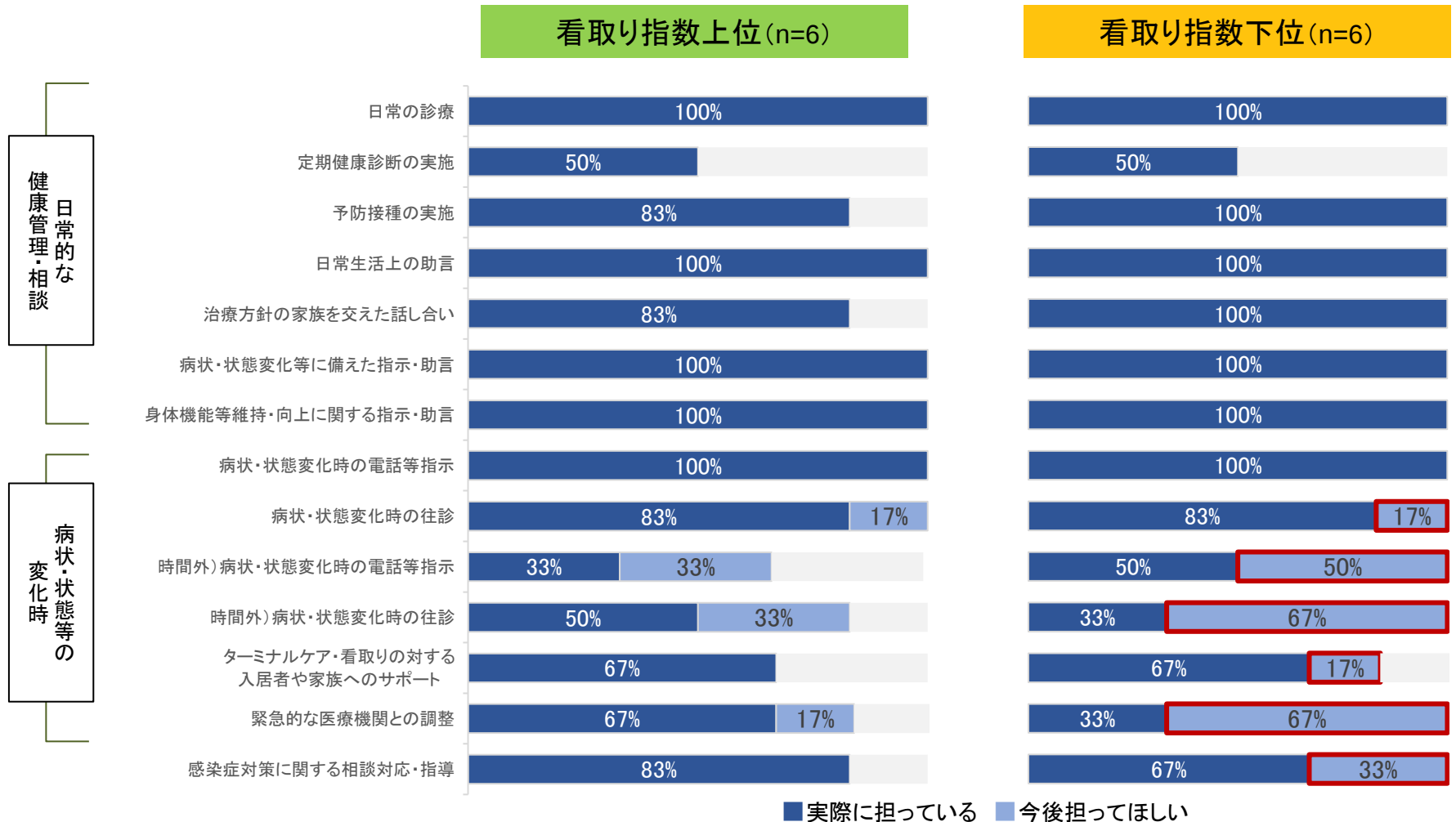
配置医師の現状の役割

(n=17)



配置医師の現状の役割

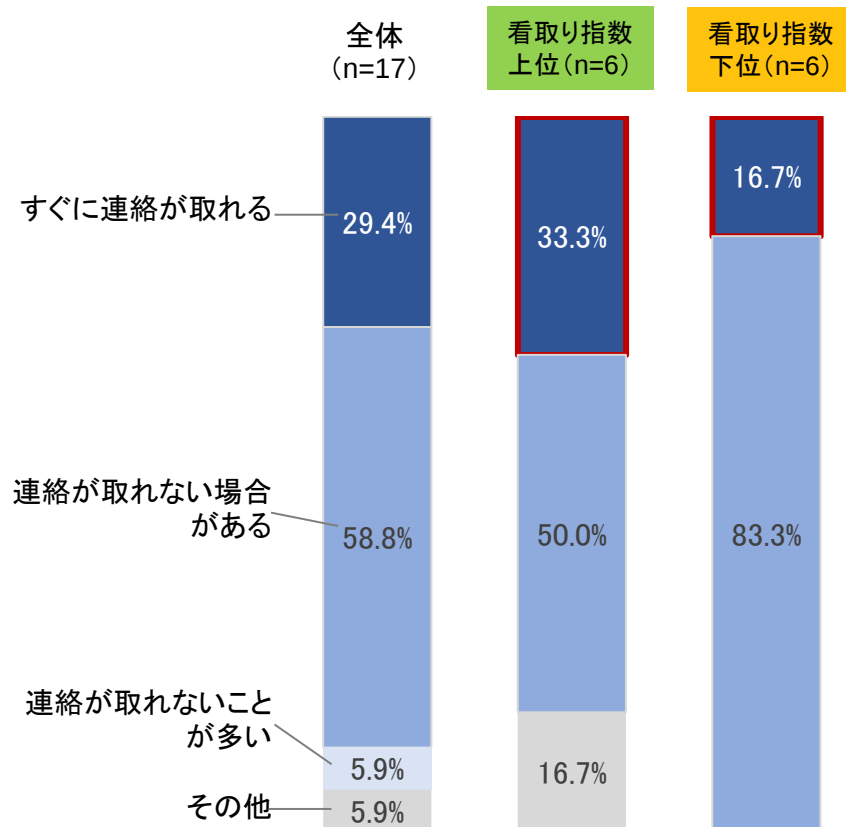
- 「日常的な健康管理・相談」については、上位群・下位群ともにほとんど対応できている。
- 「病状・状態等の変化時」は現状対応に大きな差はないが、下位群の方が「今後担ってほしい」という意見が多い。



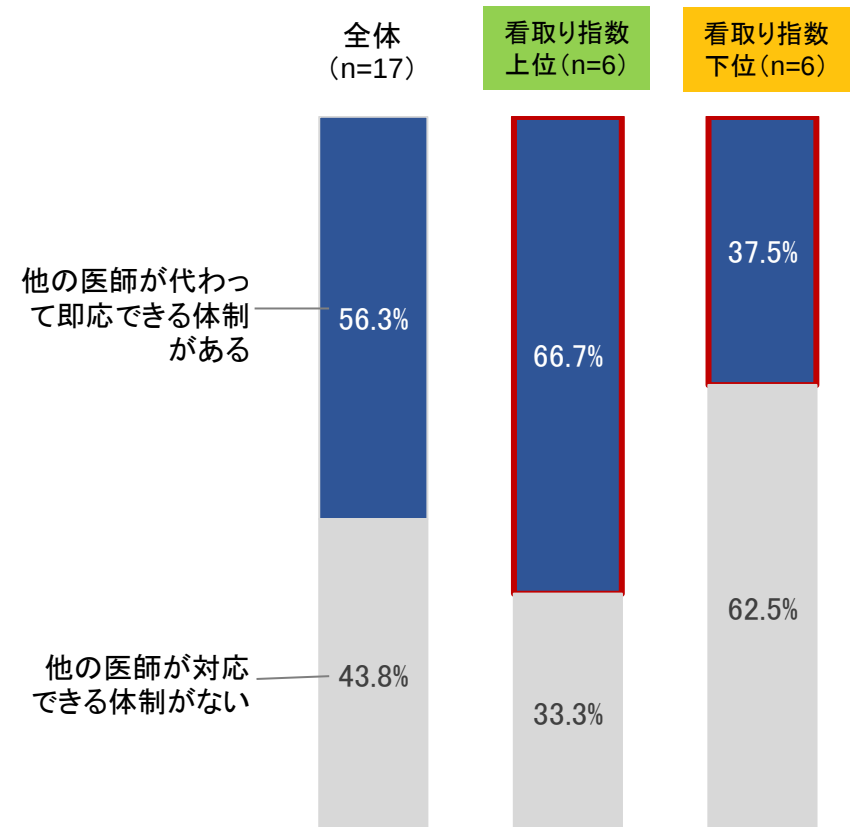
配置医師との連携

- 緊急時の配置医師との連絡については、上位群の方が「すぐ連絡が取れる」割合が少し多い。
- 連絡が取れない場合の対応体制についても、上位群の方が「他の医師が即応できる」割合が多い。

緊急時の配置医師との連絡



連絡が取れない場合の対応体制



2. 有料老人ホームでの看取り 実態調査分析結果

今回の調査では、令和4～5年の各施設の看取り実績を定員で除した「看取り指数(平均:7.4%)」をもとに、

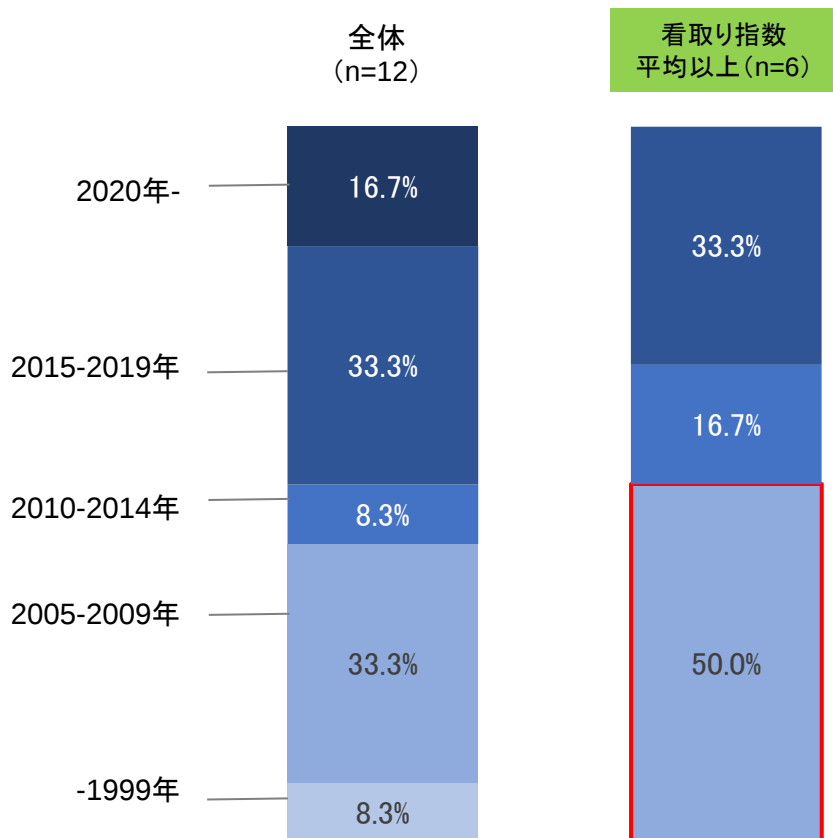
- ・全体(ホスピス型を除く):12施設
- ・看取り指数平均以上:6施設

を比較し、各施設の看取り実績に関係ある要素についても明らかにする。

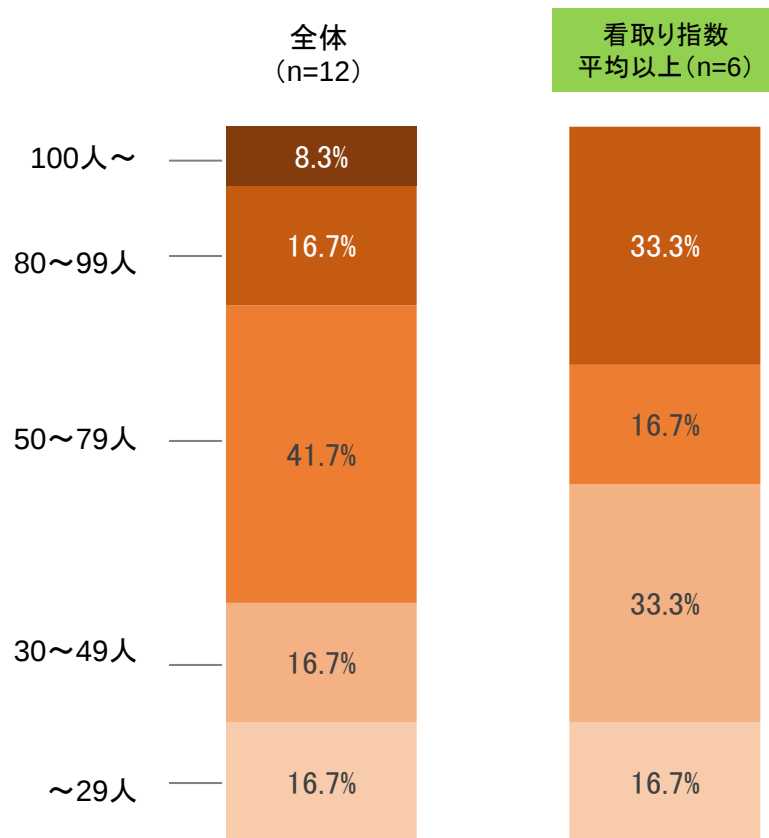
開設時期・定員数

- 開設時期は「2014年以前」と「2015年以降」に2極化している。平均以上群は2014年以前が半数を占めている。
- 定員数は「～29人」から「100人～」と幅広い。平均以上群に大きな特徴はみられなかった。

開設時期



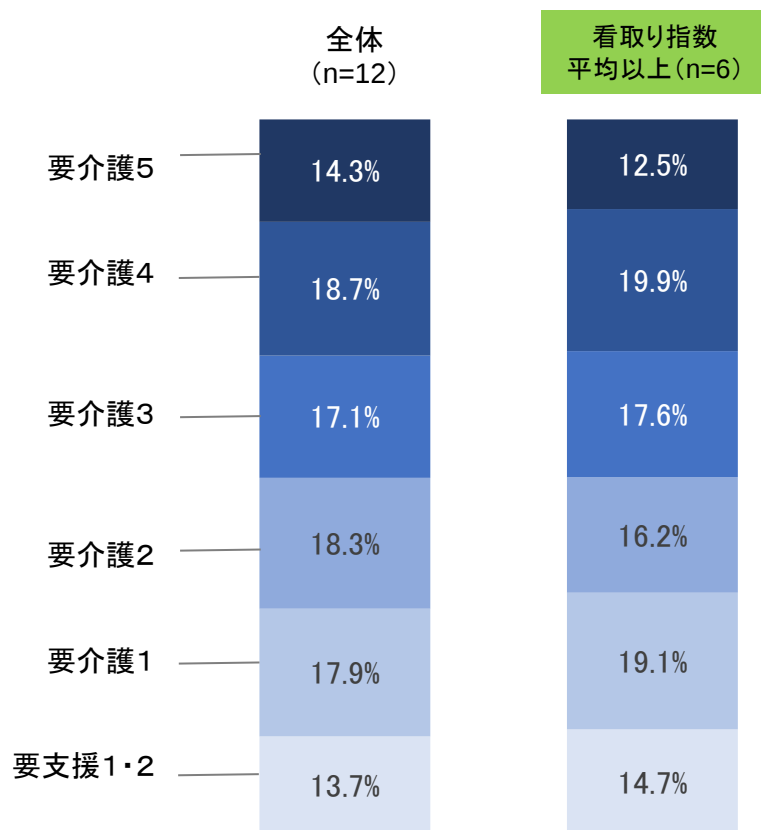
定員数



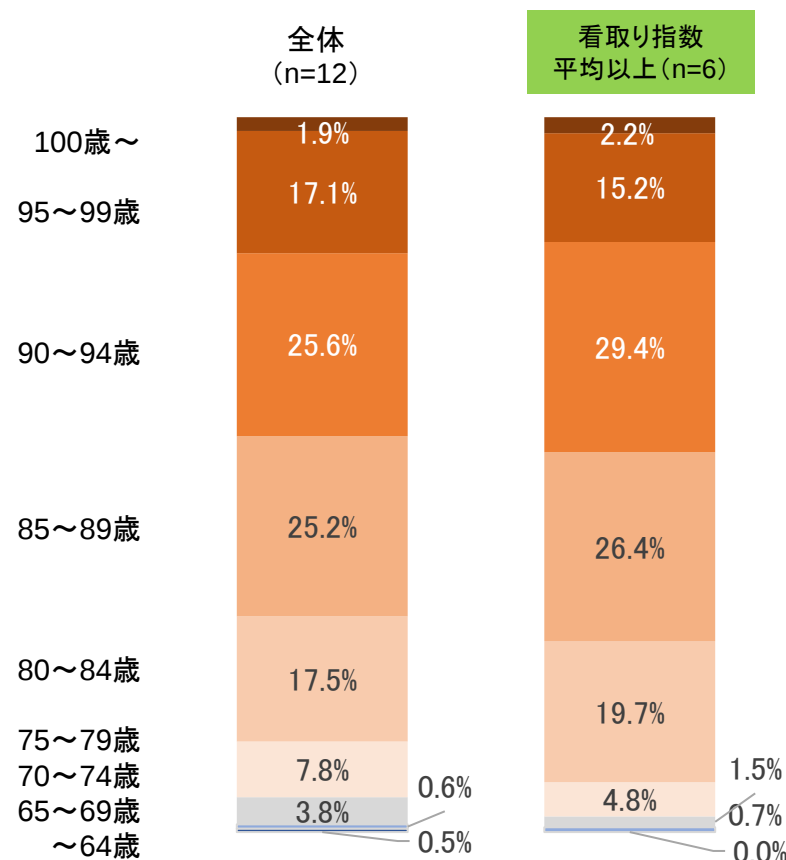
入居者について(要介護度、年齢階級)

- 要介護度は分散していて、平均以上群に大きな特徴はみられなかった。
- 入居者の年齢は90歳以上が50%以上を占めていて、平均以上群に大きな特徴はみられなかった。

要介護度

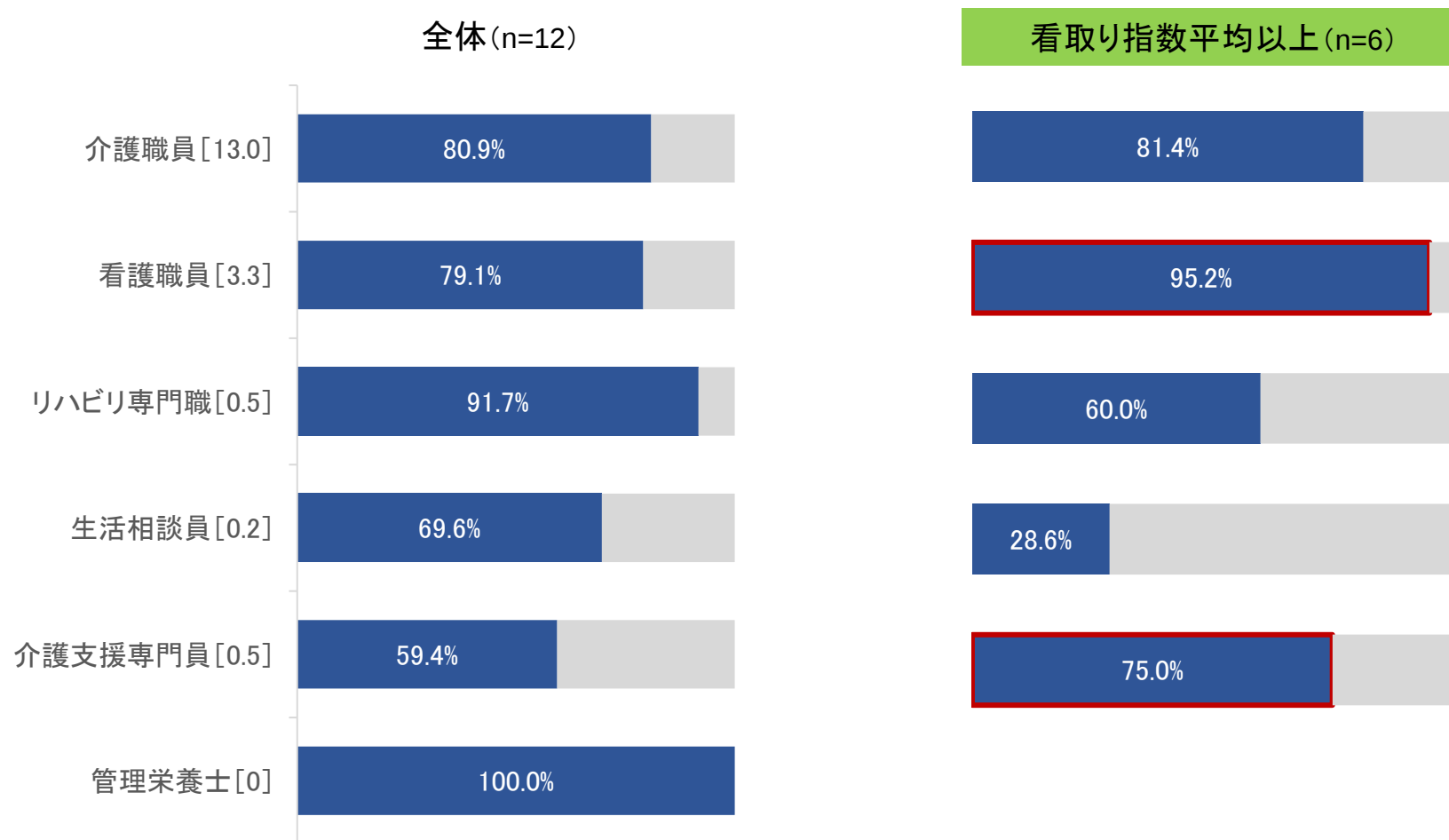


年齢階級



職員の常勤専従職員の比率

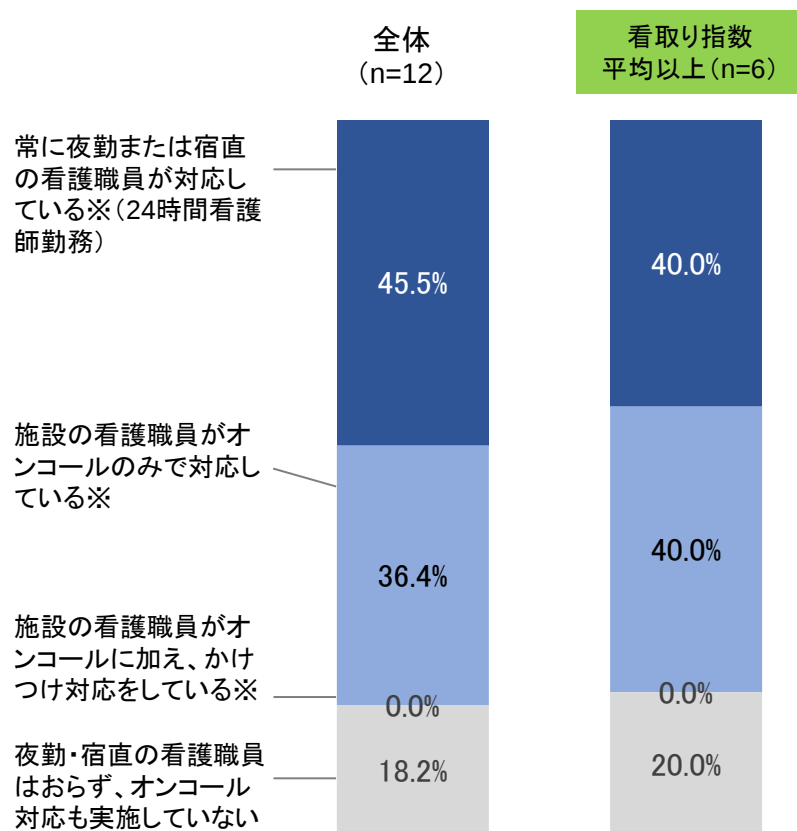
- 常勤専従職員の比率については、平均以上群では看護職員・介護支援専門員の常勤専従職員の比率が高いことがわかった。介護職員については同程度であった。



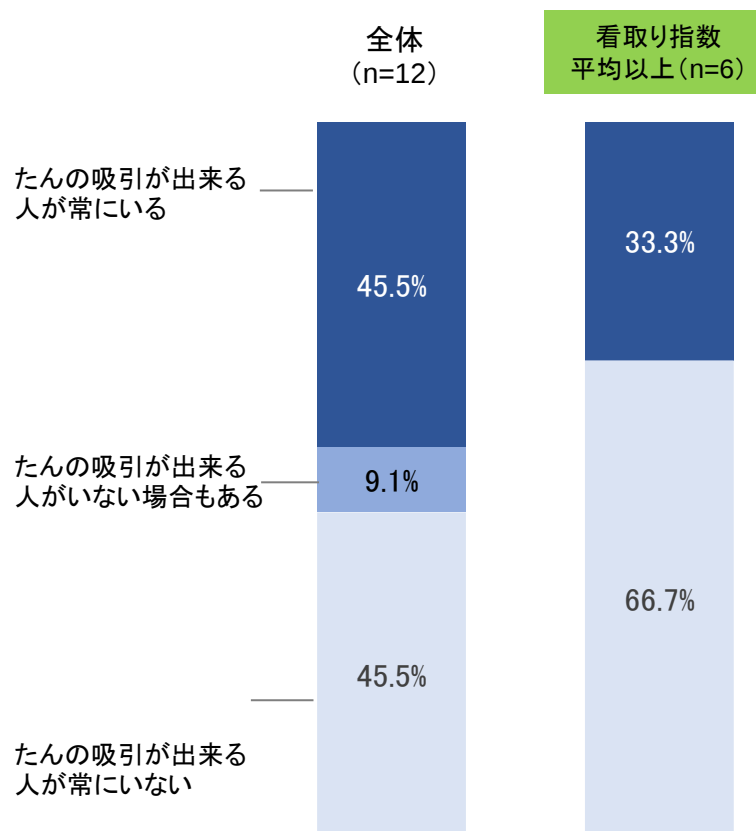
夜間の看護体制／喀痰吸引ができる体制

- 夜間の看護体制について、平均以上群に大きな特徴はみられなかった。
- 夜間の喀痰吸引体制について、平均以上群に大きな特徴はみられなかった。

夜間の看護体制（併設事業所との兼務含む）



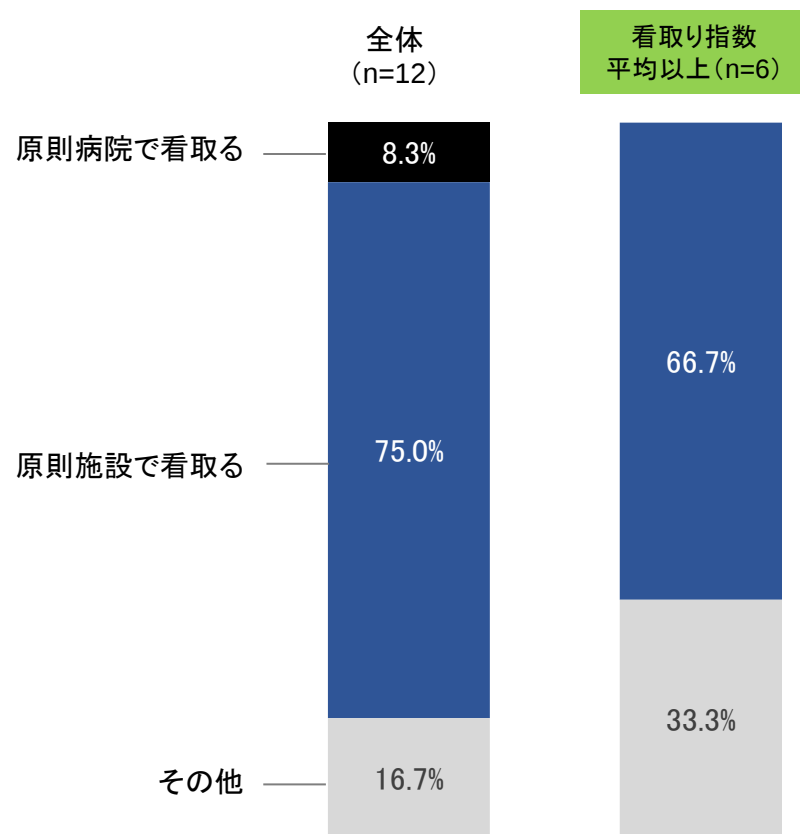
夜間の喀痰吸引ができる体制



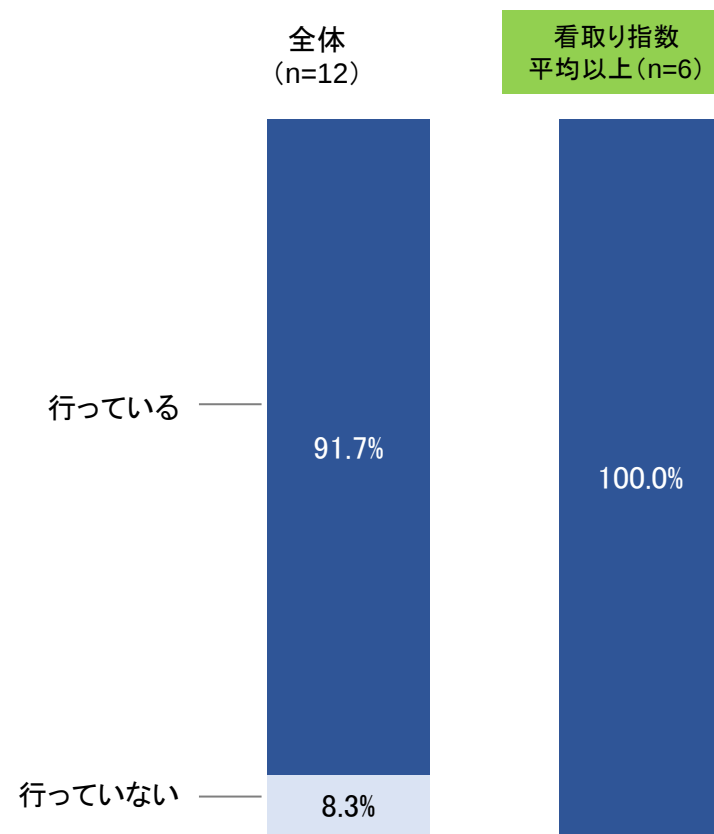
看取りの研修・マニュアル等準備の状況

- 本人・家族が看取り希望の場合、ほとんどの施設は「原則施設で看取る」方針であった。
- 看取りに関する研修・マニュアルの作成については、ほとんどの施設で行われていた。

本人・家族が看取りを希望された場合の方針



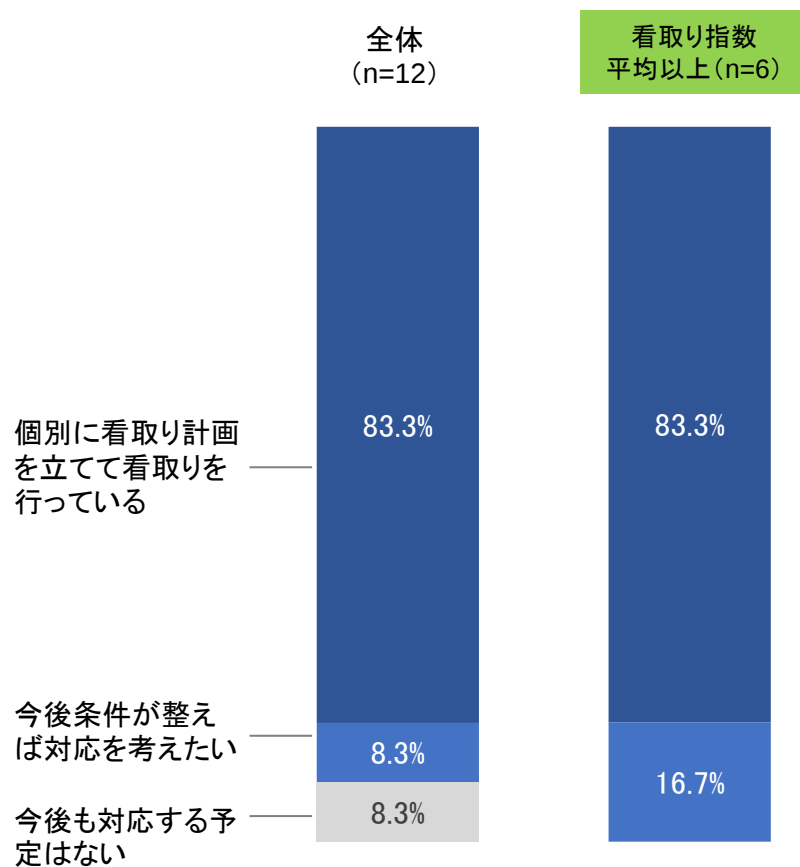
看取りに関する研修・マニュアル等の作成



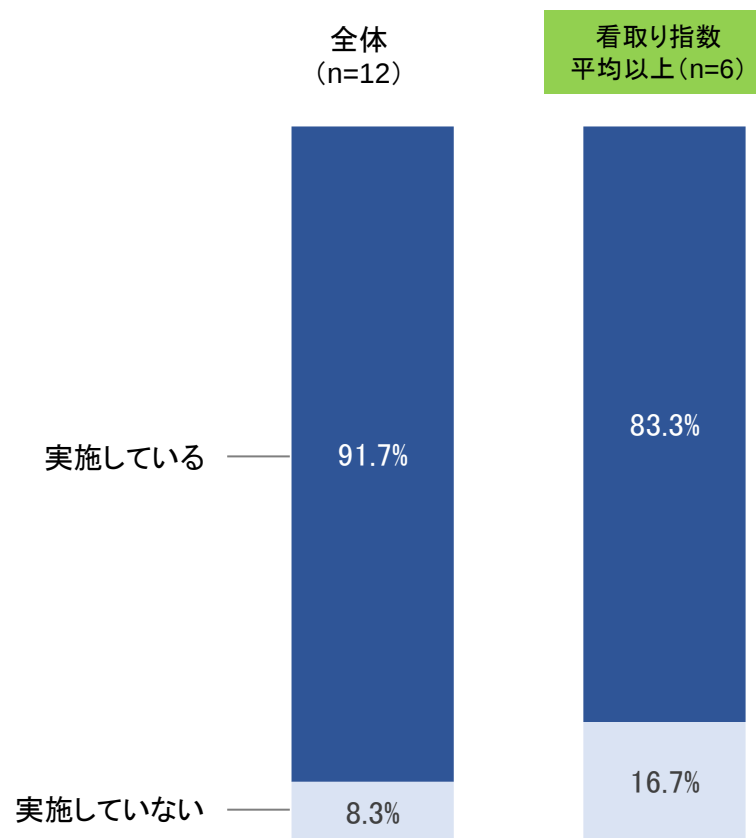
看取りの研修・マニュアル等準備の状況

- 一部の施設を除きほとんどの施設で「個別に看取り計画を立てて看取り」を行っていた。
- 一部の施設を除きほとんどの施設で「看取りに関する研修」を行っていた。

看取りに関する計画の策定状況



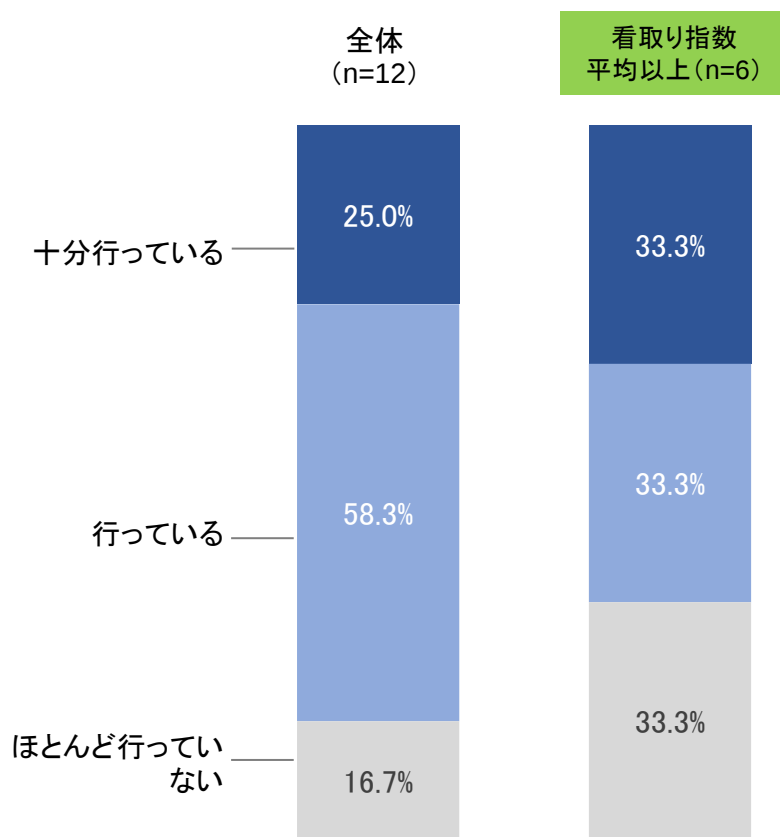
看取りに関する研修の実施



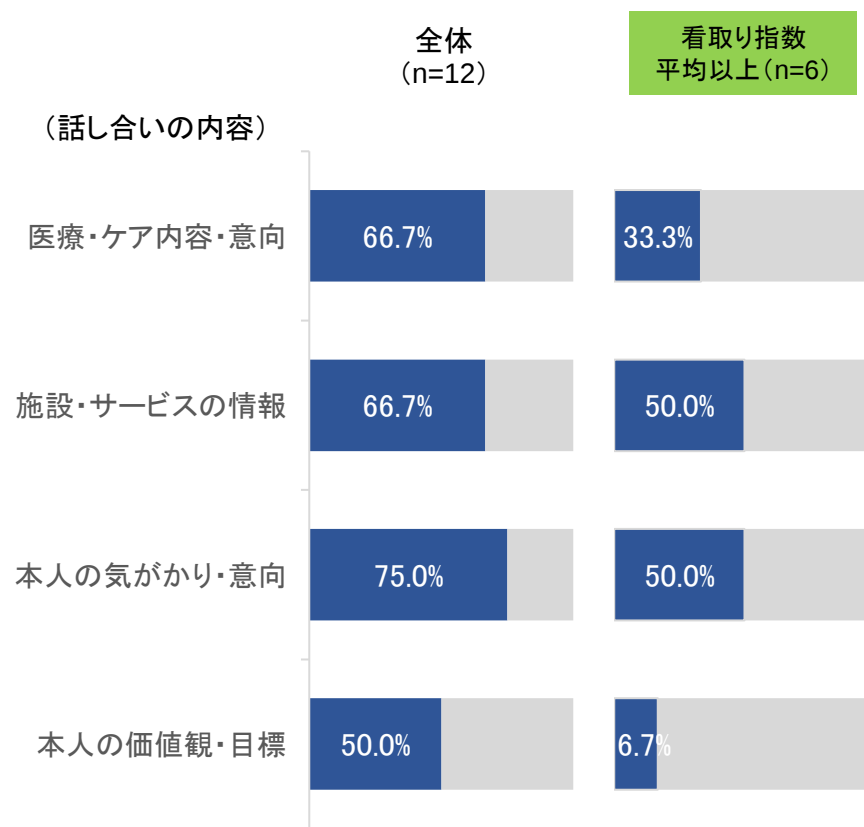
ACP(アドバンス・ケア・プランニング)実施の状況

- 本人との話し合いは、平均以上群に大きな特徴はみられなかった。
- 話し合われている内容については、全体に比べて内容は限られていた。

本人と人生の最終段階の医療・ケアについて 十分に話し合っているか



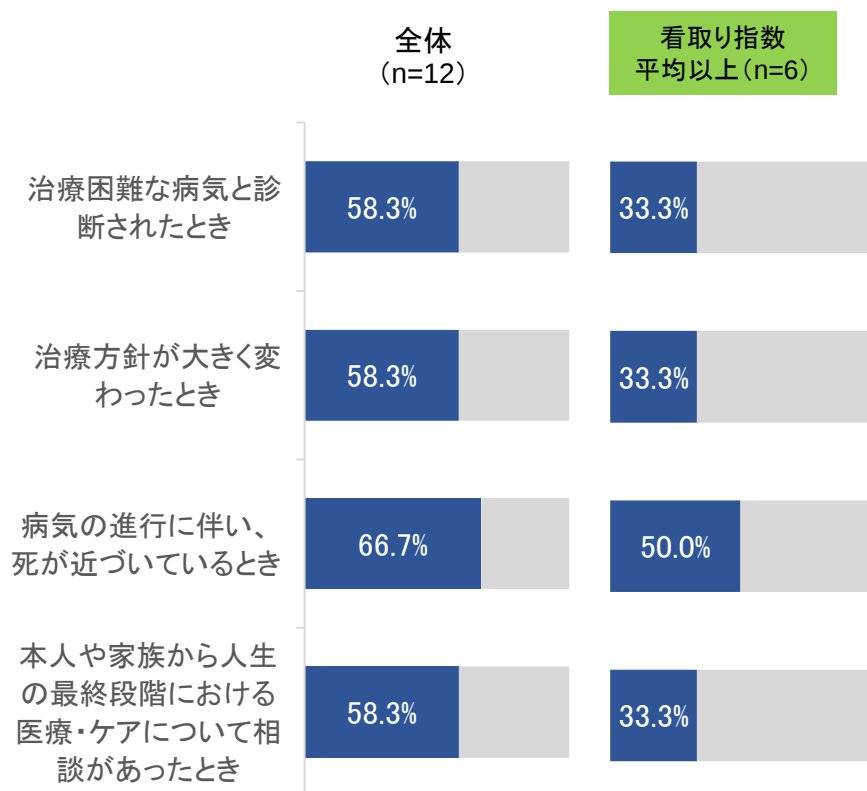
どのような内容を話し合っているか



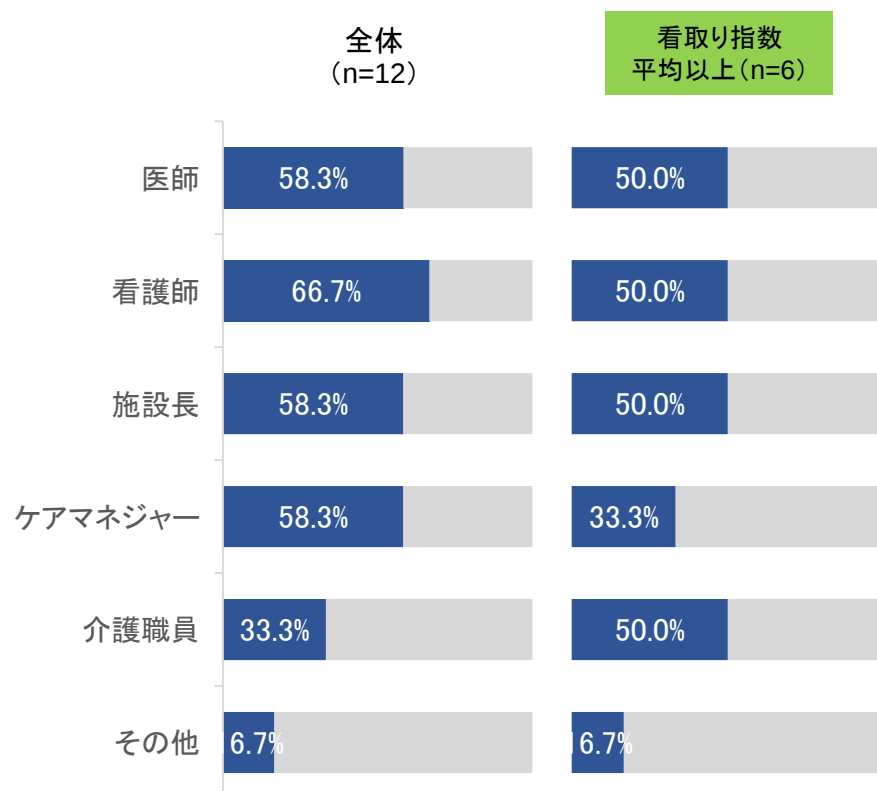
ACP(アドバンス・ケア・プランニング)実施の状況

- 話し合われているタイミングについては、全体に比べて機会が少ない結果であった。
- 話し合いはだれが行っているかについては、平均以上群に大きな特徴はみられなかった。

話し合いをいつ行っているか



話し合いはだれが行っているか



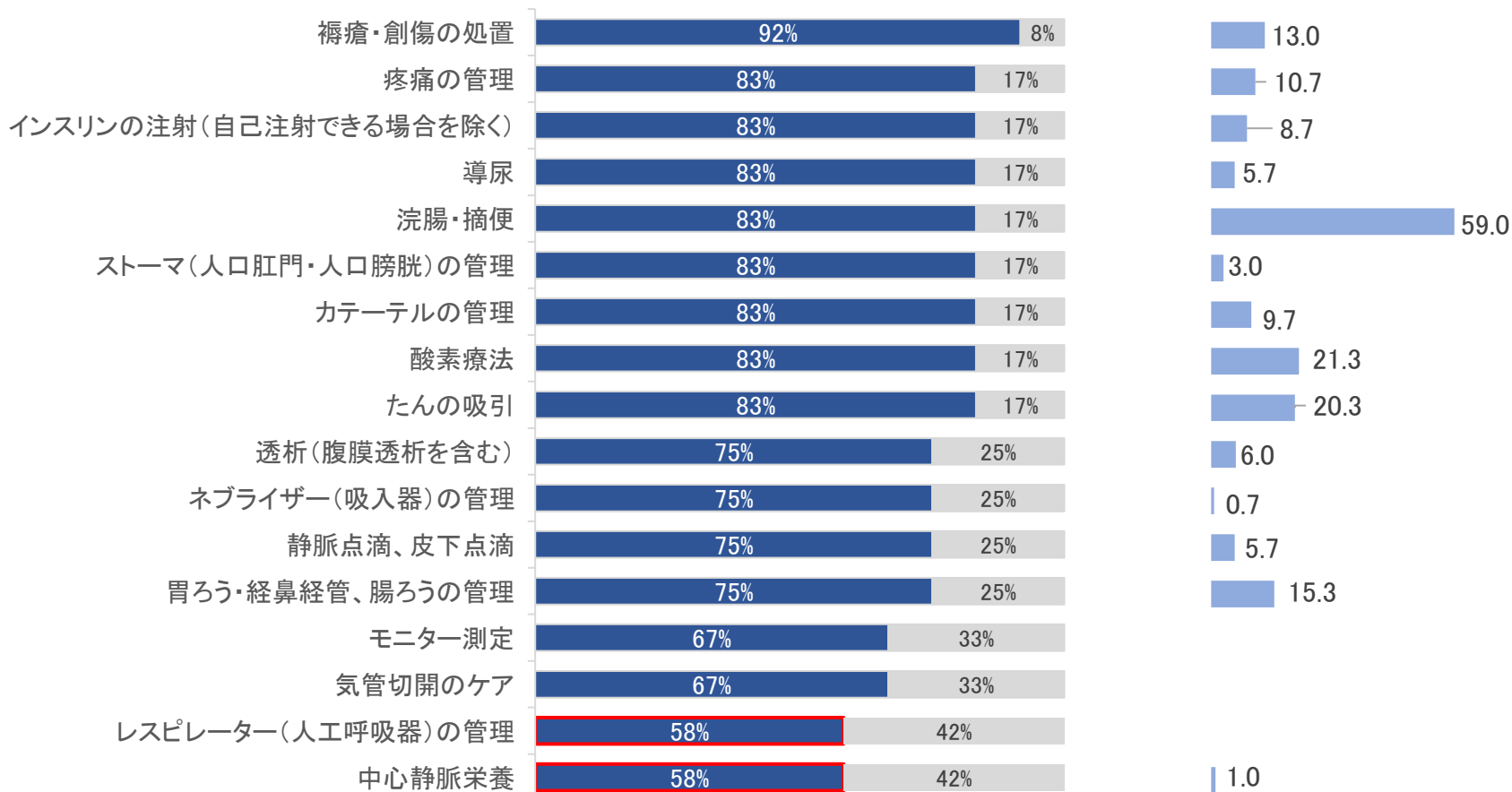
対応可能な医療処置

- 「褥瘡・創傷処置」「浣腸・排便」「カテーテル管理」などは、ほとんどの施設で対応可能である。
- 「中心静脈栄養」「人工呼吸器」は、対応できる施設は比較的少ない。

対応可能な医療処置

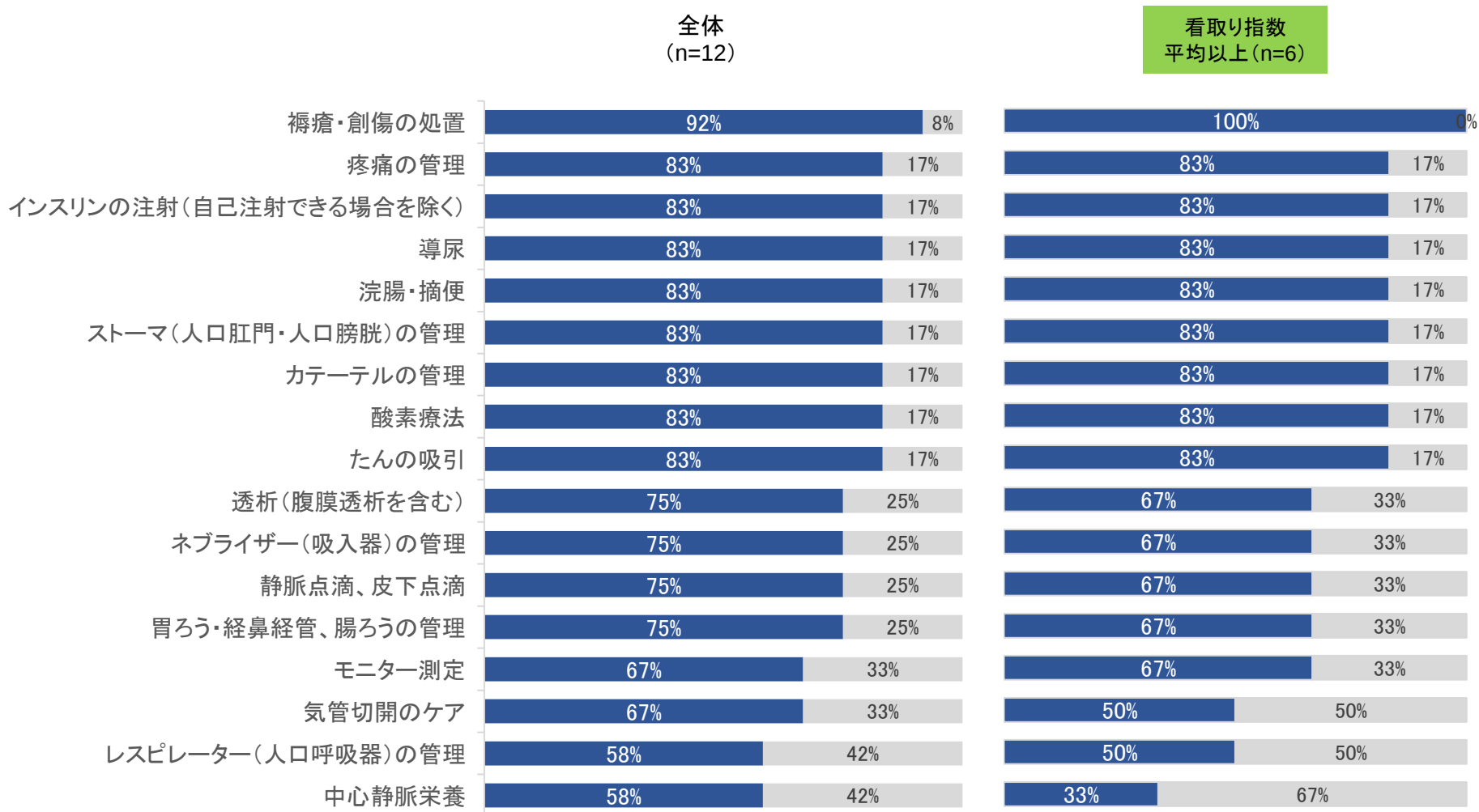
(n=12)

実際 医療処置を必要とした入所者(人)



対応可能な医療処置

- 対応可能な医療処置は、平均以上群に大きな特徴はみられなかった。

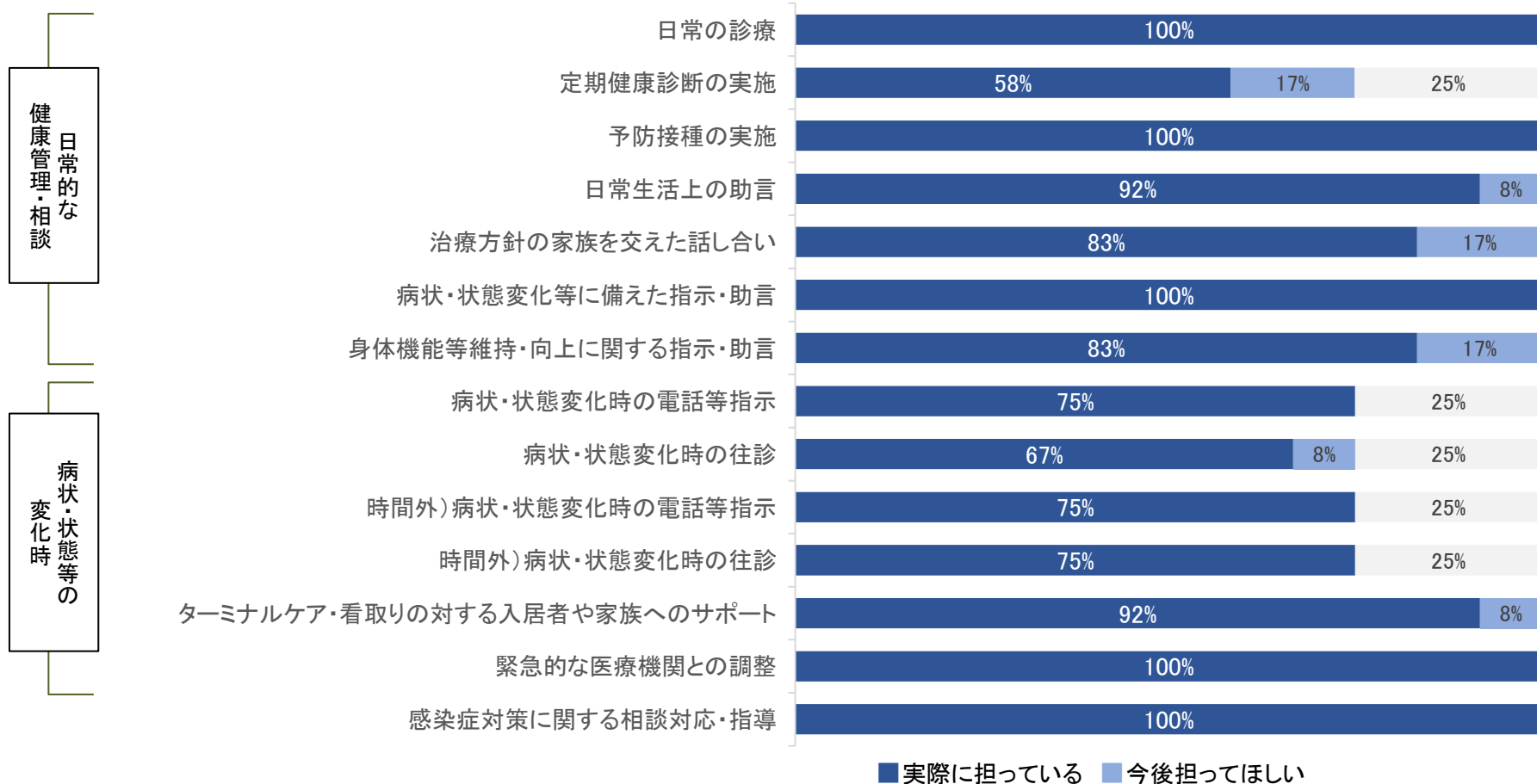


訪問診療医療機関の現状の役割

- 訪問診療医療機関の現状の役割については、「日常的な健康管理・相談」、「病状・状態等の変化時」とともに、ほとんど対応できている。

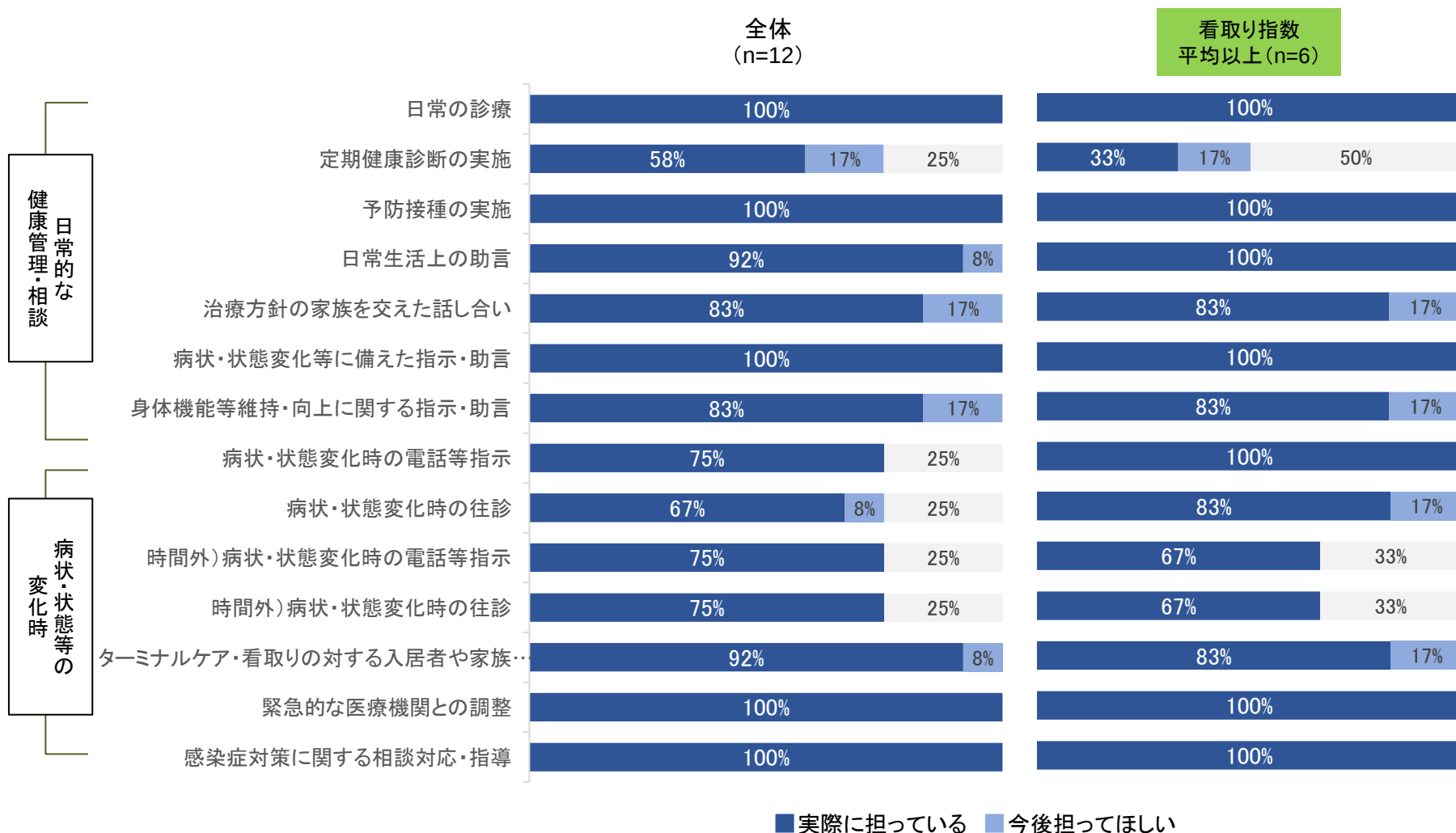
配置医師の現状の役割

(n=12)



訪問診療医療機関の現状の役割

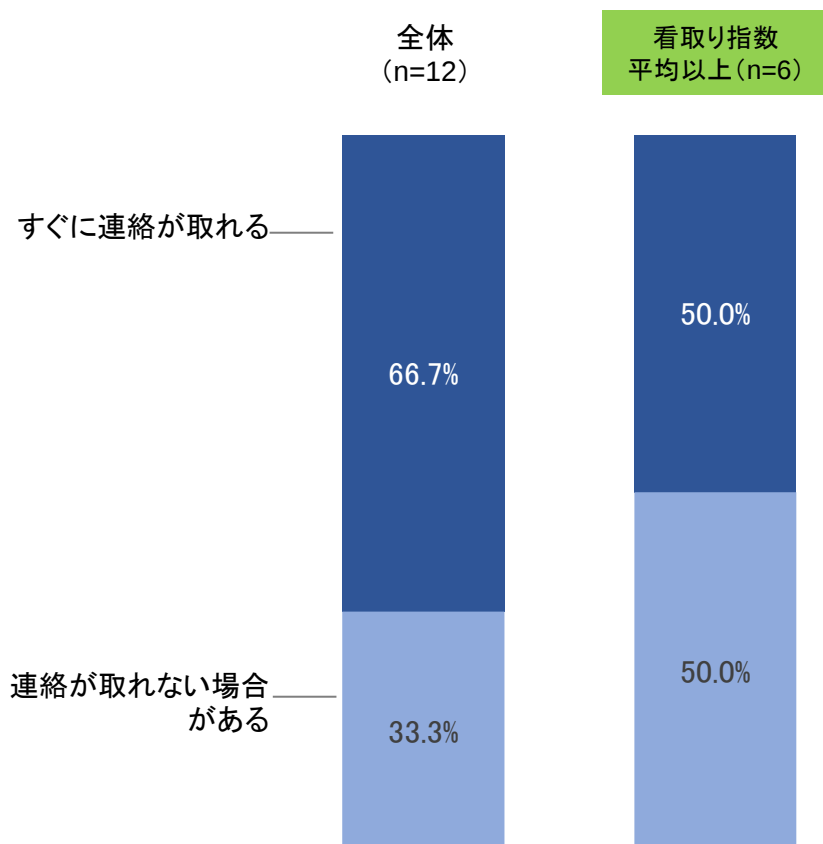
- 「日常的な健康管理・相談」については、平均以上群での大きな特徴は見られなかった。
- 「病状・状態等の変化時」は現状対応に大きな差はないが、平均以上群での大きな特徴は見られなかった



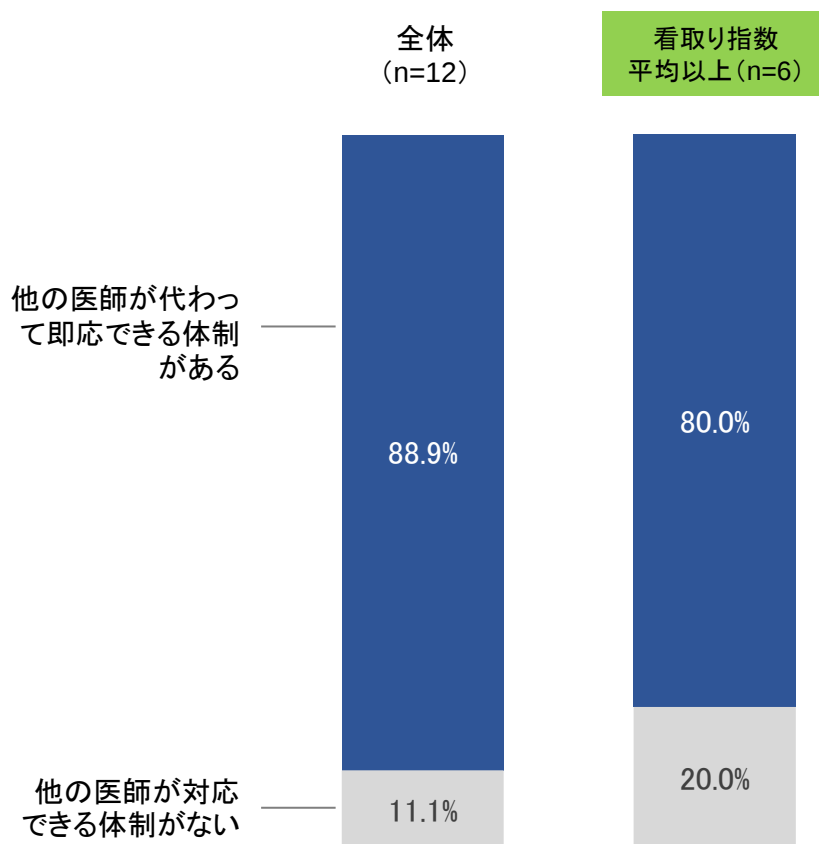
訪問診療医療機関との連携

- 緊急時の訪問診療医療機関との連絡については、平均以上群での大きな特徴は見られなかった。
- 連絡が取れない場合の対応体制についても、平均以上群での大きな特徴は見られなかった。

緊急時の訪問診療医療機関との連絡



連絡が取れない場合の対応体制



高齢者施設での看取りについての実態調査分析結果 まとめ

- アンケート結果をもとにして、看取り実績の上位群から、施設で看取りが行われる上で重要な点を抽出することを試みたが、特別養護老人ホームについては一定の共通項が見いだせたが、有料老人ホームについては見出すことができなかった。これは有料老人ホームの形態が多様であることが要因であることが考えられる。
- 特別養護老人ホームでの調査結果によって、入居者の年齢層や要介護度の高さ、施設で届出ている加算内容、看取りマニュアルの有無、研修、看取り計画の策定などについても関連はなかった。
また、配置医師や協力医療機関については、一般の診療所であっても、在宅療養支援診療所・病院であっても差は見られなかった。
- 看取り実績が高い施設には下記のような傾向がみられた。
 - 施設開設後の運営期間が長い施設
 - 職員の常勤比率が高い施設
 - 夜間帯で、医師・看護師のオンコール体制により相談ができる施設
 - 喀痰吸引できる職員などが多くいる施設
 - ACPが必要なタイミングで実施され、そこに医師・看護師がかかわっている施設これらの傾向から、医師や施設の看護師・介護職員を中心とした多職種協働が重要であることが示唆された。
ヒアリングについては、これらの項目を中心により具体的な内容を調査していく。

3. 特別養護老人ホーム看取りヒアリング結果

ヒアリング概要

背景・目的	・ 特別養護老人ホームでの看取りについては、施設によって実績の差が大きいこともわかった。選出した3施設に対して、アンケート調査では把握できなかった内容についてヒアリング調査を実施。
対象	世田谷区内の特別養護老人ホーム 3施設
調査内容	看取りについての取り組み
調査方法	対面 各1時間ほど

ヒアリングの結果、3施設ともに共通する考え方や取り組みが見られた。

施設で看取りを行っていくうえで重要と思われる下記の4つの視点で、3施設が共通して行っている取り組み、およびそのヒアリング結果を整理した。

1. 本人・家族への意向確認のタイミングと内容
2. 急変時の対応、搬送等の判断
3. 対応困難な医療処置・疾患
4. 看取りができる組織体制づくり

1. 本人・家族への意向確認のタイミングと内容

テーマ	本人・家族への意向確認のタイミングと内容
望ましい 取組み	・ 意向確認は「入居時」「病状変化時（退院時など）」「死期が近づいてきたとき（看取り期）」に、できるだけ医師が同席して行う。 ・ 「入所時」には「高度救命に臨むか」「搬送希望の病院」「看取り希望」などを確認。 ・ 「看取り期」は、退院時や食事摂食量や飲水量の減少などを判断基準に、医師と相談して判断し、医師同席のもとで家族と今後の方針を相談し、看取りを希望する場合は同意書を取り交わす。同意書を取り交わしたあとは基本搬送は行わない方針でケアを行う。医師から家族への説明は重要。 ・ 看取り期には「自宅に戻る」ことも選択肢にしている、あるいは提案できれば良いと思っている。
ヒアリング 結果	・ 入所時には「高度救命に臨むか」「搬送希望の病院」「看取り希望」などを確認し、施設では長期点滴や経管栄養対応が行えないことを伝える。 ・ 入所時は、ACPの一環として、高度救命を行うか、三次救急の医師に任せてよいかの確認を取っている。 ・ 入所後も半年に一度、意向確認を実施し、状況の変化に応じた選択肢を提示する。 ・ 看取り期については、医師が家族と面談し、看取り期に関する同意書を交わす。これにより、施設内で最期を迎えるか、治療等が対応可能な場所に療養場所を変更するかを選択してもらう。 ・ 看取りの同意書には、今後ご本人がたどる体調変化についての説明が書いてある。 ・ 看取り期については、自宅に戻ることも選択肢にしている。過去に数件行ったことがある。入所前に自宅療養期間があり、ケアマネジャーが協力してくれた。 ・ 看取り期の同意書締結後に、体調がよくなって数年経過している方もいる。 ・ 看取りの意向確認後も、本人が苦しそうであれば搬送を検討する。

2. 急変時の対応、搬送等の判断

テーマ	急変時の対応、搬送等の判断
望ましい 取組み	・ 日中： 看護師や介護職員が、配置医師からの事前指示に従って、あるいは電話で相談して対応する。緊急度に応じて、救急搬送や外来受診などを行う。 ・ 夜間： 夜間の相談体制は様々だが、事前指示を含めて常に医療的判断ができる体制を作っていることが前提で、普段の利用者の状態や本人や家族の意向がわかっている（あるいは確認できる）体制であることが望ましい。 ・ 往診： 日中は、オンコールで対応できれば、すぐに往診できなくてもよい（可能なタイミングで往診）。夜間についても、医師による往診対応は必須ではない。施設での検査・処置・長期点滴などは限界があるため、往診してもらってもできることは少ない。看取りについては、翌朝の往診対応でもよい。
ヒアリング 結果	・ 日中は、看護師や介護士が日々の状態変化を踏まえて、配置医師やご家族に相談をしながら判断。 夜間オンコール ・ ①看護師がオンコール対応、②準夜帯まで配置医師がオンコール対応、③外注オンコール体制など、体制は様々だった。 ・ オンコール対応の看護師が判断した結果は尊重し、悩んだ際は看護課長や相談員に相談があることもある（医療判断だけでなく、家族や本人の意向確認のため）。 ・ 家族から「誰の判断か？」問われることがあったため、看護師が主に判断するものの、医師に一報入れることはある。 ・ 本人の苦痛や、転倒時の頭部出血などは現場判断で救急搬送を行なった後、医師に事後報告になることもある。 往診の必要性 ・ 各フロアで配置医師のクリニックが異なっていて往診の判断などは異なる。 ・ 医師が診察中であったり訪問診療の途中であったりすると、すぐに駆けつけられないときがある。 ・ 往診料を取れないことなど、制度の理解が内外問わず足りていないと感じる。 ・ 看取り時は時間外であっても柔軟に医師が対応してくれることが多い。 ・ 精密検査等の必要があれば、医師に検査・外来受診の手配してもらおう。（診療情報提供書が必要なため） ・ （協力医療機関からの往診が可能になった）昨年春の診療報酬改定については知らなかった。 ・ 外部の往診対応医療機関をコロナ禍で一度活用したが、診断と点滴対応を行なっていたら助かった。

3. 対応困難な医療処置・疾患

テーマ	対応困難な医療処置・疾患
望ましい 取組み	- 経管栄養、酸素療法、頻回な喀痰吸引(1時間ごと)など継続的な医療処置が必要になった場合は施設での生活継続は難しい。 - 入居中の方でも医療処置が必要になったら、対応可能な療養場所(療養型病院、医療対応可能な有料老人ホームなど)への移行をしてもらう。 - 頻回ではない喀痰吸引については、施設の介護職員が研修を受けることで対応力が変わる。
ヒアリング 結果	- 医療処置が必要となるケースは入所をお断りしている。(酸素など継続的な処置) - 喀痰吸引の24時間対応ができない。1時間ごとになれば対応できない。 - がんなどの疼痛管理はやはり難しい。痛みが少ないケースでコントロールできる場合は、施設内で看取れたこともあった。 - 胃ろうの方の人生の閉じ方は難しい。過去、ご本人の意思表示で胃ろうをストップしたことがあったが、多くは本人の意思確認ができない。 - 入居している方でも医療処置が必要となった際は別の療養場所に転向。 - 点滴については、一時的な対応であれば対応可能。 - 看取りができるよう施設全体で取り組んだ結果、ほとんどの職員が喀痰吸引ができるようになっている施設もある。

4. 看取りができる組織体制づくり

テーマ	看取りができる組織体制づくり
望ましい 取組み	- 施設長・看護師・介護職員のトップが看取りに前向きであり、職員の育成に熱心であること。 - 配置医師が看取りに前向きであり、施設職員と協力できる関係性であること。（施設で看取りを行っていく上で、第一歩は配置医師との関係であるとの意見だった） 「看取り介護委員会」などを設立して、看取り期の入居者の情報共有、看取り教育や経験知の共有などを行っている。 看取り後には「デスカンファレンス」を実施して、看取りに関わった職員へのポジティブなフィードバックを行っている。（施設で看取りを行っていく上で、医師の協力に次いで組織づくりが重要であるとの意見だった）
ヒアリング 結果	- 看取りに対する不安感を持っている職員は多いはず。 - 職員から不安を抽出する。ご家族とのコミュニケーションの取り方も大切。 - 看取りを迎える上での考え方や経験知の共有。フロアごと、専門職種での共有などが必要。 - 各セクションで1名ずつ選出し、計5名ほどで看護師主体のもと「看取り介護委員会」を設立している。看取り期にある入居者の現状確認、看取り後のフォローなど。 - 看護と介護が一緒に看取り期の状態観察を行いながらフォローを行うことで看取りに対する意識が変わっている。 - 夜間帯に看取りの可能性があるときは、日中のうちに看護師や配置医師と事前に対応を相談しておく。 - 看取りは常勤職員が中心。リーダーシップを取れる職員が入れば常勤・非常勤はあまり関係ないかもしれない。 - 施設内の看護師の定着は難しいが、看取りに関しては問題なく対応できている。 - インシデント・アクシデントは施設内で迅速に共有している。ケアプランが更新された際のカンファレンスも。 - デスカンファレンスをタレなどで迅速に実施している。ポジティブフィードバックをメインにしている。